

Année 1928

THESE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

Frédéric WESTPHAL

Né le 15 Novembre 1891, à Montauban (Tarn-et-Garonne)

LA

NOTION DE SCHIZOIDIE ET DE SCHIZOMANIE

DANS SES

RAPPORTS AVEC LA DÉMENCE PRÉCOCE

ET DIVERS ÉTATS PSYCHOPATHIQUES

(ETUDE CLINIQUE DES SCHIZOSES)

Travail de la Clinique des maladies mentales et de l'Encéphale

(Professeur Henri Claude)

Président : M. Henri CLAUDE, Professeur

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13

PARIS

1928

Année 1928

THESE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Frédéric WESTPHAL

Né le 15 Novembre 1891, à Montauban (Tarn-et-Garonne)

LA

NOTION DE SCHIZOÏDIE ET DE SCHIZOMANIE

DANS SES

RAPPORTS AVEC LA DÉMENCE PRÉCOCE

ET DIVERS ÉTATS PSYCHOPATHIQUES

(ÉTUDE CLINIQUE DES SCHIZOSES)

Travail de la Clinique des maladies mentales et de l'Encéphale
(Professeur Henri Claude)

Président : M. Henri CLAUDE, Professeur

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'École-de-Médecine, 13

PARIS

1928

I. — PROFESSEURS

	MM.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Anatomie	ROUVIERE
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	Marc LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LECÈNE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	N...
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON
	ACHARD
	WIPAL
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ...	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	HARTMANN
	LEJARS
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVLAIRE
	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	BRANCA.
Clinique de la tuberculose	L. BERNARD.

II. -- AGREGES EN EXERCICE

ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
ABRAMI	Pathologie médicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BIET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
HARVIER	Pathologie médicale.
LEROUX	Anatomie pathologique.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) ..	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.

14. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET.....	Pharmacologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX.....	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.....	Parasitologie.
REITTERER	Histologie.
TANCN	Pathologie médicale.
ZIMMERN.....	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

ALGLAVI	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
GOUGEROT.....	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LEREBoullet	Clinique médicale infantile.
LÉRY	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

MAUCLAIRE, agréé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Père

LE PASTEUR ALEXANDRE WESTPHAL

Professeur honoraire de l'Université de Toulouse

*Qui nous a initié aux grands problèmes
des maladies de l'âme, en témoignage de
notre piété filiale.*

A mon Maître

LE DOCTEUR ANDRÉ LEMIERRE

Professeur de bactériologie à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux

*Qui a guidé avec tant de sollicitude nos
début dans la médecine, en témoignage
de reconnaissance pour la discipline et la
méthode cliniques dont il nous a instruit.*

A mon Maître et Président de Thèse

LE DOCTEUR HENRI CLAUDE

Professeur de clinique des Maladies mentales et de l'Encéphale
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Asile Sainte-Anne

*En hommage de gratitude pour l'ins-
sable bienveillance avec laquelle il a en-
couragé ce travail et pour l'honneur qu'il
nous a fait en acceptant la présidence de
cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. BOREL

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris
Chef du service de la consultation externe
à la Clinique Sainte-Anne

*Qui nous a donné l'idée de ce sujet
d'études et nous a toujours été le maître
et l'ami le plus dévoué. En expression de
profonde reconnaissance.*

A mes Maîtres du SERVICE LIBRE
de la clinique Sainte-Anne

MONSIEUR LE DOCTEUR J. TINEL,

Médecin des Hôpitaux

Qui nous a conduit avec tant d'exactitude à travers les relations si complexes du domaine physiologique et psychologique. En hommage de respectueux attachement.

MM. LES DOCTEURS M. CENAC, M. MONTASSUT,
G. ROBIN,

Anciens chefs de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Dont j'ai eu le privilège d'être l'élève.

A MES MAÎTRES DE STAGE ET D'EXTERNAT

DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

GENERALITES

Le « sens du réel » a fait l'objet des études les plus approfondies au cours de ces cinquante dernières années. Théophile Ribot, Alfred Fouillée, Henri Bergson l'exposent sous ses différents aspects. Pierre Janet voit dans la perte de la fonction du réel l'origine psychopathologique de la psychasthénie. Le délire d'imagination de Dupré met à son tour en valeur « cette sorte d'état de rêverie « et de vertige métaphysique où se perd le sens du réel ; « l'intelligence en arrive à ne plus distinguer le monde « objectif du monde subjectif ».

Ainsi, telles maladies mentales imprécises s'éclairent, tels symptômes incompris trouvent leur origine et leur traitement.

La schizophrénie compte parmi les psychoses récemment différenciées à la lueur de la conception nouvelle. Le terme n'est point barbare, il vient du grec. Il a l'avantage d'orienter les investigations du médecin d'après le trouble pathologique capital de la maladie. La schizophrénie traite en effet de la scission ($\sigma\chi\iota\zeta\epsilon\iota\sigma$), de la dis-

(1) Dupré et Logre : Les Délires d'imagination. Encéphale 1911.

cordance (Chaslin), de la dissociation (Claude), de la dislocation (Bleuler), des différentes fonctions psychiques au premier plan desquelles : le sens du réel. C'est au savant professeur Bleuler, de Zurich, que revient le mérite d'avoir introduit ce titre excellent dans la nomenclature psychiatrique. Son désir était de le substituer au terme désuet de *démence précoce*.

Ce faisant, il nous a révélé non point l'identité de deux termes, mais un groupe nosologique nouveau.

Afin de faciliter l'exposition, nous maintenons le terme de schizophrénie pour qualifier l'entité clinique nouvelle dont la caractéristique est définie par la notion de schizoïdie et de schizomanie.

PREMIERE PARTIE

LE SYNDROME SCHISOPHRÉNIQUE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

On peut admettre qu'actuellement la démence précoce fait l'objet de trois conceptions principales qui, d'ailleurs, se complètent les unes les autres plutôt qu'elles ne se détruisent.

I. — La conception classique (1), à la suite de Morel, Kalbaum, Hecker, et surtout Kraepelin, affirme que : « la D. P. est une psychose caractérisée par un affaiblissement psychique spécial, à marche progressive, survenant en général dans l'adolescence, et se terminant le plus souvent par l'anéantissement de toute manifestation de l'activité mentale, sans jamais compromettre la vie du malade » (Sérieux).

Suivant l'école classique, l'affection se divise en trois

(1) Morel : *Etudes cliniques* (1851-53) ; Kalbaum : *Nosographie des maladies psychiques* (1863) ; Hecker (1871) ; Kraepelin : *Traité* (1896).

formes cliniques principales : catatonique, hébéphrénique, paranoïde.

Kraepelin élargit le cadre initial de la D. P. à mesure que la séméiologie devient complexe et disparate. On n'a plus affaire à une psychose, mais à des états morbides apparentés par certains troubles psychiques notamment de la vie affective et de la volonté qui se terminent habituellement par la désagrégation de la personnalité. Kraepelin admet la guérison provisoire dans quelques cas probablement combinés à d'autres affections telles que la folie maniaque dépressive.

Les variétés de démence précoce se multiplient : forme simple, hébéphrénique, stuporeuse, dépressive, circulaire, périodique, agitée, catatonique, paranoïde, hallucinatoire, confuse, très précoce.

II. — Le rapprochement des conceptions kraepelinienne et freudienne, opéré par Bleuler, en 1911 (1), tend à restaurer l'unité de la maladie dans sa cause première, sa symptomatologie, son évolution. L'auteur écrit dans la préface de son livre :

« L'idée entière de la démence précoce est issue de Kraepelin. » ; puis quelques lignes plus loin : « Une partie importante de cet ouvrage, n'est rien autre que l'application des idées de Freud à la D. P. ».

Parce que le terme de démence précoce a été diversement interprété, le professeur de Zurich crée le mot de schizophrénie.

(1) Bleuler : *Dementia proecox*, F. Deuticke, Leipzig et Vienne 1911.

« En effet, écrit-il, comme j'espère le démontrer, la dislocation des différentes fonctions psychiques est le principal caractère des affections qu'il désigne. Par D. P. ou schizophrénie, nous voulons définir un groupe de psychoses qui évoluent tantôt progressivement, tantôt par poussées, qui peuvent s'arrêter à chaque stade ou régresser, mais ne permettent jamais la « *restitutio ad integrum* ».

La conception de Bleuler, en parenté étroite avec la pensée de Kretschmer sur la constitution schizoïde, d'Adler sur les déviations psychiques, de Stransky sur l'ataxie intrapsychique, met en valeur la notion de l'autisme. « Les fonctions complexes qui résultent, dit-il, de la coopération de l'attention, de l'intelligence, de la volonté, des actes, sont naturellement troublées puisque les fonctions élémentaires indispensables, notamment les associations et l'affectivité, sont altérées.

« Une altération très caractéristique de la schizophrénie est le changement du rapport de la vie intérieure avec le monde extérieur.

« La vie intérieure prend une prépondérance morbide. Nous appelons autisme cet éloignement de la réalité combiné à la prévalence relative ou absolue de la vie intérieure. C'est ce que Freud désigne par « auto-érotisme », mais le sens de ce terme prête à confusion et ce que P. Janet laisse entrevoir par l'expression « perte du sens de la réalité » (1).

(1) Bleuler : *Dementia proecox*, loc. cit. p. 51 et suivantes.

Ailleurs, Bleuler précise : « Toutes les formes cliniques que nous avons réunies sous le nom de schizophrénie constituent réellement une seule et même entité et ceci aussi bien au point de vue clinique qu'hérédobiologique, étiologique et anatomique... Dans tous les cas prononcés de schizophrénie on constate des modifications anatomo-pathologiques dans le cerveau. » La schizophrénie désigne donc pour Bleuler un syndrome de désagrégation de la personnalité par l'altération des fonctions psychiques élémentaires en relation avec une altération organique dont le laboratoire reconnaît l'évolution dans tous les cas prononcés.

Les formes cliniques de la maladie sont réparties en quatre groupes : paranoïde, catatonique, hétérophrénique et la simple schizophrénie au cours de laquelle on ne peut voir que les symptômes fondamentaux.

Dans ces divers groupes trouvent place les maladies mentales les plus diverses. « Nous découvrons aujourd'hui dans un groupe de maladies en apparence entièrement différentes les unes des autres un tel ensemble de symptômes communs et de facteurs semblables dans leur évolution, dans leur étiologie, qu'il ne paraît plus permis de négliger cette similitude. Nous sommes autorisés à parler dans ce sens d'une entité morbide, d'une maladie ou d'un groupe de maladies. Nous pouvons conserver tranquillement les notions antérieures comme la catatonie, la confusion mentale, la paranoïa, le délire d'interprétation, etc... Seulement nous verrons en elle des sub-

divisions de l'entité nouvelle ou, si vous préférez, des espèces du même genre » (1).

Kretschmer et Hoffmann, en Allemagne, étayaient cette conception de la schizophrénie par leurs études sur la constitution schizoïde.

La vaste synthèse proposée par le professeur Bleuler n'est pas admise jusqu'à ce jour dans tous les milieux. On ne voit pas encore dans cette unité nouvelle les solutions répondant aux problèmes posés par la diversité des syndromes pathologiques mentaux ainsi regroupés. La parenté entre la catatonie et la paranoïa existe d'une façon certaine en ce qu'elles signalent l'une et l'autre une rupture de contact avec le monde extérieur. Quel intérêt y a-t-il cependant à les rapprocher ? Etiologique ? Pathogénique ? Pronostique ? Thérapeutique ? (2) Il en est de la schizophrénie ainsi conçue comme d'un livre sur tel symptôme nosologique fondamental commun à beaucoup de maladies : par exemple, la dyspnée. De semblables études comparatives contribuent moins à mettre en lumière l'unité générale de la pathologie qu'à établir des contrastes et à révéler l'existence d'entités morbides nouvelles encore inaperçues.

III. — L'Ecole de Saint-Anne, reprenant la conception lumineuse de l'autisme appliquée à la démence pré-

(1) Bleuler : Rapport au Congrès de Genève 1926, p. 13.

(2) Au lieu d'arriver à la « délimitation plus précise d'une entité morbide mentale, il (Bleuler) aboutit à un élargissement extrême, excessif, du domaine de ce qui n'est plus une maladie proprement dite, mais un vaste genre ». Trénel : La schizophrénie d'après les conceptions de Bleuler (Revue neurologique 1912).

cette est parvenue à isoler de la sorte un groupe de psychoses auquel elle applique au sens restreint le nom de schizophrénie. Ses travaux s'inspirant des idées de P. Janet sur la perte de contact avec la réalité, de Chaslin sur la folie discordante, d'H. Claude et Lévy-Valensi sur la dissociation dans certaines manifestations psychiques, de Lagriffe sur la « richesse cérébrale non actualisable » se fondent sur la notion de schizoïdie et de schizomanie, établie par des cas concrets.

« Nous ne pensons pas, écrivent le professeur Claude, A. Borel et Gilbert Robin, qu'on soit autorisé à ériger une constatation clinique — si exacte pour la schizophrénie latente et la schizophrénie simple — en concept et à étendre ce concept à presque toutes les psychoses. Aussi bien, si nous arrivons à apporter quelque éclaircissement au sujet des démences précoces et quelques précisions cliniques sur notre conception de la « schizomanie » dérivée de la schizophrénie simple, c'est à Bleuler que nous le devons. Notre conception de la schizophrénie est beaucoup moins extensive que celle de Bleuler.

« A notre avis, la notion de schizophrénie n'est applicable qu'à un certain nombre d'individus dont l'existence clinique se laisse envisager avec précision et pour lesquels le mot démence apparaît le plus impropre. » (1)

La schizophrénie n'est donc plus le nom d'un concept, mais une maladie en elle-même, ayant sa symptomatologie, ses formes cliniques, son traitement. Elle est

(1) H. Claude, A. Borel, Gilbert Robin: Démence précoce, schizomanie et schizophrénie. *Encéphale* n° 3, 1924.

un type nosologique différent de celui de la démence précoce. Elle met en valeur la notion de schizoïdie et de schizomanie. Cette notion définie théoriquement par les éléments de la constitution schizoïde se caractérise cliniquement par un syndrome d'intériorisation avec dissociation entre l'activité pragmatique et l'activité psychique, sans affaiblissement appréciable des facultés intellectuelles et sans évolution démentielle.

Comme telle, la schizophrénie ne saurait être plus longtemps confondue avec la démence précoce pour qualifier indistinctement les affections psychiques classées sous ce titre dans les cadres classiques des manuels de psychiatrie.

Cette distinction fondamentale entre la schizophrénie et la démence précoce contribue à ramener celle-ci dans les limites même que lui avaient assignées ses premières descriptions cliniques : « maladie caractérisée par un affaiblissement psychique spécial, à marche progressive survenant en général dans l'adolescence et se terminant le plus souvent par l'anéantissement de toute manifestation de l'activité mentale ». C'est la désagrégation mentale des jeunes gens, l'hébéphrénie, reconnue par l'examen clinique aussi bien qu'au laboratoire sur les coupes anatomo-pathologiques, et qui se classe, parmi les maladies mentales organiques au même titre que les diverses démences par déficit intellectuel.

La conception actuelle de la schizophrénie s'établit sur des données cliniques qui font l'objet de ce travail.

CHAPITRE II

ORIGINE CONSTITUTIONNELLE

Tous les auteurs paraissent attribuer à une conformation constitutionnelle spéciale les tendances génératrices des états schizophréniques. Sans doute ne semblent-ils pas d'accord sur la définition du terme : constitution schizoïde. Il n'entre pas dans le plan de ce travail de discuter les conceptions en présence. Ce serait aborder à nouveau le problème des constitutions lui-même. En effet, l'école française de psychiatrie ne s'est pas encore rendue aux notions professées ailleurs sur la syntonie ou la cycloïdie en opposition avec la schizoïdie. Elle ne divise pas l'humanité en ces deux groupes constitutionnels initiaux.

Kretschmer, basant ses recherches sur l'étude des tempéraments (1), sur les effets du contact de l'individu avec l'ambiance, constate que l'homme réagit d'après

(1) Ernst Kretschmer : *Körperbau und Character* (Berlin 1921) et *Psychologie médicale*. Payot, Paris 1927. On lit page 116 : « Toutes les fois que les données anatomiques ne nous aident pas encore à grouper et à classer, c'est l'évolution qui nous fournit la meilleure base empirique pour l'étude de la formation réelle des différents éléments constitutifs de l'âme : étude ontogénique pour laquelle l'âme de l'enfant nous offre une source précieuse ; étude phylogénique dont l'objet nous est fourni par la psychologie ethnique, la psychologie de l'homme primitif et enfin, par la psychologie animale ».

deux modes, l'un évoluant de la gaieté à la tristesse, l'autre de la sensibilité à l'indifférence. Le premier prend mon de cycloïde — le second de schizoïde.

« Toutes les manifestations psychiques sont empreintes chez le cycloïde (gaieté-tristesse) d'une nuance particulière ; partout et toujours on le sent, contrairement au schizoïde, vibrer dans le fond de son être avec l'ambiance ; il ne perd jamais contact avec elle... La colère du cycloïde est une colère libératrice comme le sont aussi son rire et son pleur. Tout autre est la façon d'être du schizoïde (hyperesthésie, anesthésie affective). Celui-ci, une fois en colère a peine à en sortir. Le sommet de la vague se transforme en plateau. Les réactions extérieures peuvent être bien moins intenses que dans le cas précédent, mais l'état se prolonge outre mesure... Le schizoïde... est comme immobilisé en présence de la vie qui, elle, n'attend guère, et continue à suivre son cours. Le schizoïde passe à côté, perd contact avec elle » (1).

On retrouve dans les travaux de Bleuler, sur un plan un peu différent, les conceptions de Kretschmer. Le cycloïde prend nom de syntone et le schizoïde devient le terrain sur lequel peuvent apparaître les manifestations pathologiques produites par la plupart des constitutions classiques déjà décrites. Cette définition trop extensive de la constitution schizoïde est critiquée par de nombreux auteurs parmi lesquels Berze (3).

(1) Minkowski : La Schizophrénie, Payot Paris 1927, p. 24 et suiv.

(3) Berze : Contribution à l'Etude de l'hérédité et de la constitution psychologique. Zeitschrift für ges. Neurologie u. Psychiatrie, p. 603, Berlin et Leipzig 1925.

La notion française de la constitution schizoïde ne répond pas aux conclusions qui précèdent.

« L'individu n'est pas envisagé dans l'ensemble de ses caractères, mais uniquement dans son contact avec l'ambiance, » écrit Claude... Cette conception est avant tout psychologique et conduit le psychiatre de Zurich à faire de la schizophrénie la maladie mentale par excellence » (2).

L'Ecole de Sainte-Anne édifie la constitution schizoïde sur un syndrome clinique restreint et précis à côté des constitutions déjà existantes : paranoïaque, mythomanaïque, psychasthénique, émotive, etc...

La constitution schizoïde, au même titre que tout autre constitution représente « l'ensemble des caractères d'un individu greffés sur son hérédité » (Kretschmer). Facultés intellectuelles et affectives réagissent diversement selon leurs possibilités et sous l'influence de l'atavisme. Elles composent un ensemble de dispositions individuelles soumises au contact du monde extérieur. Dans tous les cas de schizophrénie il est facile de mettre en évidence des tendances répondant à des éléments constitutionnels similaires :

a) Goût de l'isolement et détachement du milieu ambiant ;

b) Expansion de la pensée dans un monde imaginaire.

« C'était un enfant toujours dans la lune (1), rap-

(2) H. Claude, A. Borel, G. Robin : La Constitution schizoïde. *Encephale*, avril 1924, p. 209.

(1) A. Borel : Rêveurs et boudoirs morbides, *J. de psychologie*, juin 1925.

portent les parents. Au lieu de jouer avec ses camarades il préférerait rester seul. Il ne s'amuse pas comme les autres. Il n'avait pas d'amis. Il n'aimait que les livres. C'était un distrait, un indifférent, un rêveur »... A propos de l'enfance des boudeurs, l'auteur signale, en outre, de l'entêtement auquel il faut ajouter une mauvaise humeur habituelle jointe à de l'irritabilité.

Y a-t-il lieu, à la vérité de considérer ces éléments groupés chez un même sujet comme l'indice d'un déséquilibre psychique ? Il est excessif de le prétendre aussi bien que des éléments composant les autres constitutions. Toutefois, la constitution schizoïde se rencontre fréquemment dans les milieux familiaux chargés d'une hérédité psychopathologique (1).

« En règle générale, la vie pratique est négligée au profit de la vie intérieure. Le travail de la « pensée autiste » tend à restreindre l'office de la « pensée réaliste ». A ce stade simple, ne sortant pas des cadres de la psychologie normale, l'autisme est un phénomène conscient, volontaire. Ce n'est pas encore l'« excédent maladif » dont parle Bleuler. La vie intérieure est préférée par une dilection toute particulière à l'exigence commune (2). Il se réalise alors sans effort, mais aussi sans rendement, cet état d'abstraction auquel artistes et

(1) Mme Minkowska : Le problème de la constitution vu à travers les recherches généalogiques, son importance théorique et pratique. *Evolution Psychiatrique*, t. II, Payot, Paris 1927.

(2) H. Claude, A. Borel, G. Robin : La constitution schizoïde. *Encéphale*, avril 1924, p. 209.

savants parviennent en pleine élaboration de leurs découvertes.

Mais il suffit de causes prédisposantes graves ou anodines touchant l'affectivité du sujet pour que l'orientation constitutionnelle s'affirme, favorisant à la fois l'isolement et l'éclosion de créations imaginaires. On arrive ainsi au seuil de la maladie schizophrénique.

La constitution schizoïde présente des caractéristiques évidentes qui la distinguent des autres constitutions à la suite desquelles elle prend place.

Le paranoïaque ne s'isole point par goût mais par nécessité. La solitude affecte le psychathénique et le mythomane la fuit. Sans l'intervention des événements extérieurs, ces diverses constitutions ne sauraient où puiser matière à se développer, alors que l'expansion autiste sollicitée par la constitution schizoïde ne prend guère appui sur les faits de l'ambiance.

Enfin l'expansion imaginative apparaît ici le symptôme essentiel de la psychose. Elle est cohérente, symbolique, et se maintient à travers le temps et l'espace dans les cadres stricts de la fiction.

CHAPITRE III

LES CAUSES PREDISPOSANTES

La constitution schizoïde est compatible avec une existence tout à fait normale sur laquelle l'attention médicale serait aussi vaine qu'inutile. Mais dans bien des cas l'observateur attentif la voit surgir à l'occasion d'événements pénibles, de chocs émotifs ranimant son activité latente.

Combien d'individus, sous le coup d'une tristesse ou d'un insuccès ne signalent quelque tendance à s'y soustraire : Poètes et musiciens en fournissent de nombreux exemples ; ceux que le génie n'a pas effleuré vivent en distraits, rêvent ou se retranchent derrière un masque d'impassibilité.

Au reste le simple contact de la vie avec ses cadres rigides favorise la recherche d'une libération idéo-affective. « Tant qu'on est plongé au milieu des hommes, on reste emprisonné dans certaines conditions de la durée et de l'espace, car on est un individu qui a ses alentours, des amis, des ennemis, une profession, une patrie, qui

doit se nourrir, se loger, régler ses comptes, veiller à ses affaires » ; il est heureusement des répit, et lorsque la pensée flotte « on peut alors exister sous une forme pure et goûter la félicité des anachorètes qui ne luttent plus, qui ne veulent plus, qui adorent et jouissent simplement » (Amiel).

« Le but de la libération idéo-affective, continue M. Montassut dans la thèse de Terrin (1) apparaît plus manifeste encore au cours du jeu et de la rêverie active ». Il y a bien là, en effet, affaire d'évasion imaginative à laquelle chacun se livre à sa façon. Parmi les cas relatés dans ce travail, il en est plusieurs présentant à l'origine cette étreinte de l'ambiance ou ces chocs émotifs provoquant les premiers accidents schizophréniques.

Habituellement il faut remonter à l'enfance pour découvrir les facteurs occasionnels de la maladie.

On peut les classer en deux groupes principaux :

Le premier : les sentiments d'infériorité ;

Le second : les échecs affectifs.

Les uns paraissent superposables aux autres. Ils sont pourtant très distincts.

a) Le sentiment d'infériorité né du désir instinctif de puissance se développe chez l'enfant à des degrés divers. Il n'en exerce pas moins une influence prépondérante dans toutes ses pensées et tous ses actes. Il oriente le schizoïde dans sa voie dès l'instant qu'il n'a pu s'annuler autrement.

(1) Terrin : Compensations idéo-affectives, janv. 1926.

Adler écrit sur le rôle du sentiment d'infériorité chez l'enfant une page très suggestive.

« ... Par suite des impossibilités qui s'opposent à la satisfaction immédiate ou suffisamment rapide des impulsions émanant de ses organes, l'enfant se trouve placé, dès les premières heures de sa vie extra utérine, dans une attitude hostile, combative à l'égard de son milieu... C'est dans les privations temporaires et les sensations de malaise des premières années de l'enfance qu'il faut chercher le point de départ, la source d'un certain nombre de traits de caractère, très généraux, qui font de l'enfant un agresseur. Mais l'enfant ne tarde pas à constater que sa faiblesse même et son impuissance, son angoisse et ses nombreuses inaptitudes sont pour lui autant de moyens qui lui permettent de s'assurer l'aide et l'appui de son entourage, d'attirer sur lui leur intérêt. Dans son attitude de négation, de provocation, en se montrant réfractaire à toutes les tentatives d'éducation, il trouve souvent une satisfaction de son besoin de puissance, un moyen de se débarrasser du sentiment pénible de son infériorité ; de même qu'en étalant sa faiblesse et en se montrant soumis, il s'attire les soins de son entourage...

« Qu'on pense aux innombrables restrictions, traitements, douleurs et souffrances qui sont le lot des enfants atteints d'affections intestinales, à la vie efféminée, dorlotée des enfants pâles, malingres, chétifs, atteints d'infériorité de l'appareil respiratoire ; aux innombrables déficiences enfantines, d'un caractère si souvent humiliant... qu'on pense enfin à la crainte de

la contagion qui hante les parents de ces enfants, aux retards que, pour toutes ces causes, subissent l'éducation et l'instruction de ceux-ci; et on ne trouvera pas étonnant de les voir mener une vie isolée, sans camaraderie, dans beaucoup de cas sans affections familiales. »

Le rêve, la fiction leur est plus accessible. Le sentiment de leur infériorité y trouve sa consolation: Distrait, méditatif, l'enfant s'attache moins à l'ambiance qu'au rêve qu'il poursuit.

b) Les échecs affectifs contribuent à l'activation des tendances schizoïdes. Ils désignent les revers infligés par l'ambiance aux tentatives de l'expansion affective.

Le désir de puissance qui naît avec l'enfant est tempéré dès la première année d'un désir de confiance et de solidarité qui amorce l'unité morale de sa jeune personnalité. On rencontre chez l'enfant un sens familial très développé, générateur du sens social et religieux que les heurts de la vie ne parviennent pas à faire disparaître.

Ce désir de confiance, ce désir de solidarité se manifeste tout d'abord à l'égard des parents. Il y a grande erreur de croire que le sentiment d'infériorité stimule seul l'enfant à placer sa main dans celle de son père. Il est excessif de voir le désir de puissance provoquer seul les élans de tendresse enfantine. Il existe un besoin d'entente, de collaboration, de consentement mutuel, d'approbation, d'estime, d'harmonie familiale aussi précieux à satisfaire.

Combien de malades ne relatent-ils pas dans leurs antécédents les conflits de l'enfance de cet ordre :

Mes parents me repoussaient. — Mon père ne m'a jamais compris. — Ma mère était froide et exigeante. — J'ai toujours été livré à moi-même. — Mes parents étaient toujours en dispute à mon sujet. — Mes parents ne s'entendaient pas, j'en pleurais. — Mes parents se battaient, j'en étais terrifié. — Mes parents ont divorcé, je n'ai jamais connu la vie du foyer, etc...

Les frères et sœurs jouent parfois un rôle prépondérant dans la genèse du déséquilibre psychique. Mais ici les mécanismes sont divers. Tantôt il s'agit d'enfant réellement préféré par les parents, ce qui rend jaloux ou décourage les autres ; tantôt il s'agit d'antagonisme entre frères et sœurs accentuant leurs tendances constitutionnelles.

Il existe enfin un échec affectif, uni au sentiment d'infériorité, qui frappe l'enfant de bonne heure lorsqu'il est privé de son père ou de sa mère pour quelque cause que ce soit. Il constate que sa condition ne correspond pas à celle des autres, il ne trouve pas autour de lui ses appuis naturels. Il cherche à conserver avec ceux dont il est privé l'intimité qui fait défaut à ses besoins affectifs. Il s'évade facilement de la réalité.

Il peut se produire en lui plus tard une défaillance psychique irrémissible lorsque s'ajoute à son dénuement intérieur la révélation de la déchéance morale de ses parents, ou de tares ataviques.

La maladie schizophrénique ne débute pas souvent sous l'effet d'un seul choc émotif. Elle est entretenue et

aggravée par leur multiplicité à certaines périodes de l'existence où le rôle de l'affectivité est prépondérant chez l'être humain et notamment au cours des années de puberté et de retour d'âge. C'est ainsi que l'on peut ranger parmi les causes prédisposantes tous les amours malheureux, tous les échecs artistiques ou moraux essentiellement liés à l'impulsion affective.

Le sentiment de « vie manquée » exerce, à l'âge mûr, une influence considérable sur le développement des tendances schizoïdes.

Dans la règle les premiers troubles schizophréniques attirent l'attention de l'entourage à l'âge de l'adolescence, c'est-à-dire à l'époque où s'affirme l'indépendance de la personnalité dans le milieu où elle vit. Mais le syndrome schizophrénique, lié à l'intervention des causes prédisposantes dont il a été fait mention peut apparaître à tout âge.

« On n'a aucune peine à comprendre, écrit le docteur Borel (1) qu'une méfiance excessive jointe à de l'orgueil, à de l'égoïsme morbidement développé, n'ait pour résultat des troubles du jugement et jusqu'à des interprétations délirantes... Il advient chez le schizoïde ce qui se passe pour le paranoïaque ».

L'exagération de tendances introduit le sujet dans le domaine pathologique et le conduit à la « désinsertion psychologique de la réalité » (2).

(1) A. Borel : Rêveurs et boudeurs morbides. *Journal de psychol.* juin 1925, p. 518.

(2) X. Abély : La dissociação mentale dans la D. P. *Encéphale*, avril 1926.

CHAPITRE IV

SEMEIOLOGIE

Mieux vaudrait intituler ce chapitre : la réaction schizoïde. En effet, la maladie n'est révélée dans la généralité des cas que par l'effort même destiné à maintenir l'équilibre psychique. Cet effort se caractérise par un fait essentiellement psychologique : la prévalence de l'autisme sur l'existence entière du sujet.

Le syndrome schizophrénique développe une série de symptômes extérieurs apparents qui sont communs à ceux de beaucoup d'affections mentales : réduction de l'activité pragmatique — dysharmonie des réactions affectives — désadaptation à l'ambiance, etc... Mais à l'inverse de ce qui se passe ailleurs et particulièrement dans la démence précoce où ces troubles s'allient à la discordance et à la désagrégation du fond mental, ce tableau symptomatique est associé au développement d'une expansion cohérente de l'activité psychique dans un monde imaginaire, entraînant à longue échéance un

dédoublément fictif de la personnalité sans appauvrissement appréciable des fonctions intellectuelles.

PRODROMES

Au début les malades eux-mêmes ont conscience des modifications de leur comportement. Ils se plaignent de ne plus être comme avant; ils remarquent leur indifférence ou leur inaptitude sans bien s'en expliquer le motif. Ils s'accusent de vivre ailleurs; de satisfaire aux exigences de la vie comme des automates. Ils s'aperçoivent de tout mais ne réagissent plus à l'ambiance avec régularité.

Ils racontent souvent d'eux-mêmes que dès leur enfance, ils avaient une certaine propension à s'isoler, à jouer seul, à rêver, à lire, à se compliquer l'existence. Sensibles à l'excès parfois aussi susceptibles, ils acceptaient mal le succès du voisin. Ou bien encore, ils se complaisaient à vivre en enfants gâtés, éprouvant une désillusion durable chaque fois qu'ils ne parvenaient pas à leurs fins.

A l'école, ils pouvaient être bons élèves mais on leur reprochait leur faute d'attention, leur tempérament capricieux, leur mauvaise humeur.

Puis un beau jour, à l'occasion d'un événement plus ou moins grave, un certain froissement s'était emparé d'eux qui ne les avait plus quitté, ou bien un désintérêt général insurmontable qui avait rompu l'équilibre de leur développement normal. Un fossé s'était creusé entre eux et les personnes chargées de leur éducation.

Une sourde rivalité était née dans la famille. Une incompréhension s'était élevée répandant partout la méfiance ou l'amertume.

Ces renseignements sont confirmés par les personnes de l'entourage du malade. Il n'est pas rare d'apprendre alors que d'autres cas semblables se sont produits dans la même famille ou que l'enfant a grandi dans un milieu sans cohésion affective ou sans notion pédagogique.

On divise en trois étapes les stades de la maladie : schizoïdie, schizomanie, schizophrénie. Ces trois phases, constatées cliniquement, sont réduites à deux dans la pratique thérapeutique, suivant que l'autisme du sujet est ou n'est plus accessible aux investigations du psychiâtre. Le psychanaliste dirait : suivant qu'il est ou non susceptible de transfert. Ces conditions varient d'après l'âge de la maladie et l'âge de la personne atteinte.

Habituellement, le premier examen d'un schizophrène s'effectue à propos de quelque manifestation excessive qui est venue troubler le rythme normal de la vie familiale.

Toutes les présentations sont alors possibles qui déroutent le diagnostic premier. Il s'agit d'un état de colère incoercible, d'angoisse, d'agitation maniaque, d'hallucinations multiples, ou de dépression, d'inertie, de négativisme, ou encore de délire onirique, de confusion mentale. La discordance dans le comportement n'apparaît en rien caractéristique, pas plus que les signes d'indifférence à l'ambiance. Ces symptômes s'accuseront plus tard.

Le maintien réservé, plutôt défiant, le malade attend ce qu'on veut de lui. Il ne prend pas la parole à moins de céder à l'excitation dont il peut être en proie. Il ne répond pas à toutes les questions.

Le regard se soustrait habituellement à celui de l'interlocuteur ; il n'offre pas la concentration du mélancolique, ni la vacuité du confus. Il reste fixe dans la méditation mais peut, en présence d'un tiers, devenir très mobile, et se donner l'apparence d'observer tous les objets sur lesquels il peut se fixer.

Le schizophrène ne se livre pas. Non pas seulement parce qu'il le préfère ou le redoute, mais aussi parce qu'il s'extraît difficilement de ses réflexions. Parfois même il a perdu l'entraînement d'exprimer sa pensée et les mots usuels lui font défaut. Parfois enfin, le vocabulaire ne correspond plus au sens original de sa pensée.

I. — DYSHARMONIE AFFECTIVE

Le premier gros élément symptomatique auquel on se heurte en présence d'un schizophrène, c'est la dysharmonie de ses réactions affectives. Il n'y a pas inertie mais insubordination affective, émaillée de phases d'excitation d'allure impulsive.

Mutisme — prolixité verbale, tendresse — hostilité, gaieté — abattement, ardeur — désintérêt, etc., sont les attitudes de psychisme actif que l'on obtient lorsqu'on a forcé les barrages derrière lesquels le malade s'isole. L'expression d'indifférence du schizophrène et celle du D. P. ne se superposent pas. Celui-ci présente à l'examen

soit l'incohérence correspondant à la discordance du fond mental, soit une passivité d'allure catatonique qui ne cède pas aux investigations les plus prolongées.

Sous l'aspect négatif, la dysharmonie affective du schizophrène se signale par la perte de l'intérêt à l'égard des choses et des gens composant son ambiance avant la maladie. Rien ne compte désormais : témoignages affectueux de parents, évocation d'êtres chers, bien-être matériel n'obtiennent qu'une attention passagère. Contrainte, restriction, sévérité n'aboutissent guère à de meilleurs résultats. Il semble qu'il y ait une anesthésie du sens affectif.

Et pourtant le malade pleure et sourit, se concentre et se passionne, montrant une dysharmonie d'autant plus grande qu'elle s'affirme mieux sous son aspect positif. Ce qui frappe alors, c'est une extrême sensibilité pour des objets composant le cadre d'une activité nouvelle qui semble désirée et reste inexprimée. Cette sensibilité s'exalte au point qu'en certains cas elle conditionne la rémission ou l'aggravation de la maladie. Il est courant de noter au début d'une schizophrénie un choc affectif. Il est possible également de provoquer une rechute par ce procédé. De même rencontre-t-on les plus grandes bizarreries dans les démonstrations affectives. Tel malade met à la poste jour après jour des centaines de lettres d'amour sans en attendre jamais la réponse. Tel autre erre de clinique en clinique ne pouvant entendre le cri du coq. Tel autre se flatte d'être reine tout en s'avouant pauvre et sans vêtements. Tel autre collectionne précieu-

sement tout ce qui ressemble à une croix, afin, dit-il, « de décroiser la souffrance ».

On assiste fréquemment à l'expression simultanée de la dysharmonie affective sous son aspect négatif et positif : démonstration concomittante d'amour et de haine, d'attraction et de répulsion, d'agrément et de refus, d'élan et de retrait. Ces manifestations extérieures pleines de contraste, réactions *d'ambivalence*, sont une nécessité pathologique dont le médecin s'aperçoit vite à l'examen suivi.

Lorsqu'on a pénétré dans l'intimité de l'existence artificielle du schizophrène, on reste étonné de sa cohérence dans le milieu fictif qu'il s'est créé. On retrouve sur ce plan nouveau le comportement d'un sujet normal dont la sensibilité est d'autant plus délicate et l'élan affectif d'autant plus vif qu'ils s'exercent d'une manière constante en dehors de toute activité pragmatique et de tout contact avec l'extérieur.

Au stade avancé de la maladie, les réactions affectives se limitent de plus en plus et se concentrent sur un nombre d'objets restreint, de même que l'idéation s'appauvrit dans l'isolement total où elle se confine. Mais l'affectivité persiste très active dans son champ exigü, au point de stimuler le malade dans les attitudes les plus pénibles, les efforts stéréotypés les plus compliqués, les colères ou les passions les plus tenaces.

II. — PERTURBATION APPARENTE DE L'IDÉATION

La pensée paraît pauvre ou riche, — toujours originale. Projetée sur le plan des idées reçues et courantes,

que l'idéation normale ni se livrer au même genre d'as-elle peut être stupide, voire incompréhensible. A première vue, on dira même que c'est l'incohérence du confus ou du D. P. Y a-t-il même activité cérébrale ? Certains, qui ne disent mot, permettraient d'en douter.

Pourtant le regard, le geste, les explosions affectives témoignent de cette activité. On la surprend parfois intense. Mais elle ne semble pas évoluer sur le même plan sociations. Ses conclusions réservent généralement quelques surprises.

Il y a dans la conversation un mélange d'idées où l'on retrouve successivement l'impression fortuite du moment et les résultats de méditation ancienne. Et pour l'interlocuteur, le fil de la pensée semble constamment rompu. Car le schizophrène perçoit tout ce qui se passe autour de lui. Ce qu'il dit peut être suggéré par l'entourage aussi bien que par sa réflexion profonde.

De même, cherche-t-il à intégrer certains éléments du milieu où il vit dans son activité mentale. Gens et meubles prennent alors figure insoupçonnée dont il faut tenir compte dans l'appréciation du sens de ses paroles.

Le tour original de son évolution psychique entraîne fréquemment le schizophrène à des modifications dans la signification des mots. Il y a spécialisation symbolique du vocabulaire qui semble destiné à satisfaire au particularisme de la pensée. Des néologismes peuvent apparaître tard, au cours de la maladie, alors que dès longtemps la pensée échappe à toutes les investigations.

On voit par là combien le schizophrène rend l'accès de son activité mentale difficile pour cohérente qu'elle

soit. L'obstacle grandit encore du fait de la défense active qu'il exerce souvent pour sauvegarder sa quiétude.

Associations. — Comparées aux enchaînements des idées courantes, les associations de la pensée schizophrénique semblent défectueuses. Pour en donner des exemples, nous ne saurions mieux faire que de citer les pages remarquables du Prof. Bleuler, écrites sur les troubles de l'association des idées (1).

« Dans le langage habituel et les écrits, les troubles de l'association sont mélangés avec d'autres troubles, de telle sorte qu'il est difficile de trouver des exemples à l'état pur. Il en va différemment dans les états aigus. L'anomalie s'accroît jusqu'à rendre exceptionnelle toute suite de la pensée. On parle alors de pensée dissociée, d'incohérence; on désigne le tableau symptomatique par le mot de confusion. Pourtant il subsiste, — du moins on peut le supposer — quelque chose de logique dans les transitions; aussi faut-il se garder d'affirmer la destruction totale de la pensée. Les troubles d'associations peuvent osciller chez les schizophréniques d'un minimum à un maximum qui correspond à la confusion intégrale. Dans les cas latents de démence précoce (nous disons schizophrénie) seule l'observation attentive peut déceler les fautes de la pensée. Il faut interroger et provoquer des associations expérimentales. »

« Exemple : On montre un cierge à un malade et on lui demande ce que c'est : « c'est un cierge — lumière éternelle »... On demande à une malade pourquoi elle

(1) Bleuler : *Dementia proecox*. ;

ne travaille pas. Réponse : « Je ne sais pas le français ». Cette réponse n'a pas de rapport avec la question, ni avec la situation. On met dans la main d'un malade qui se comporte bien, une clef et on l'interroge : qu'est-ce que ceci ? Réponse : un conseil municipal. Parfois les lacunes sont comblées par les formules grammaticales ; différentes idées qui ne sont pas en rapport les unes avec les autres se lient en une phrase. Quand une partie seule des fils d'association est rompue, d'autres influences que celle de la logique agissent et elles sont difficiles à démêler. Beaucoup d'associations nouvelles ne sont pas étrangères à la psychologie normale : associations accidentelles d'idées excitantes, condensations, associations d'après le son des mots, associations médiates, trop grande fixité des idées (stéréotypies)... Mais dans la psychologie normale, elles surviennent accessoirement et exceptionnellement, tandis que dans la schizophrénie elles s'exagèrent jusqu'à la caricature et souvent dominant entièrement le cours des idées. »

Sans doute, l'isolement où vit le schizophrène entraîne à la longue un manque de souplesse et un certain appauvrissement de l'idéation. Elle se meut en bonne partie dans un cercle vicieux. Mais les sujets de réflexion ou d'invention avant que d'être épuisés, offrent au schizophrène un champ d'action presque sans limite qu'il cultive avec mysticisme. Et il est impossible de rencontrer chez les plus invétérés, une véritable démence schizophrénique. Ceux-là sont aptes à s'agréger encore au plus grand étonnement de leur entourage, et de rétablir transitoirement avec l'ambiance un contact

qu'ils semblaient avoir perdu depuis longtemps, marquant ainsi la persistance d'une unité psychique isolée du monde par l'arrêt des processus de relation, au premier rang desquels : l'attention.

Attention. — En effet, les fautes d'association consécutives, d'après Bleuler, à une défaillance intellectuelle, paraissent correspondre souvent aux troubles de l'attention. Il semble que le schizophrène ait perdu la maîtrise de son attention, ou du moins qu'il l'ait divisée en ses deux éléments indépendants : l'un passif, l'autre actif. On sait que le schizophrène conserve et développe son aptitude à percevoir tout ce qui se passe autour de lui et à meubler étonnamment sa mémoire. Il s'y adonne parfois à l'instant même où il paraît incapable de répondre aux questions les plus simples. « Les malades, écrit Bleuler, enregistrent des quantités de choses qui ne les intéressent pas... On dirait que l'attention a perdu d'une égale façon sa propriété d'élire et de repousser. Il s'agit là d'une attention passive, automatique, spontanée, grâce à laquelle le schizophrène garde indirectement un contact élémentaire avec la réalité. Ce contact entretient son orientation, renouvelle en quelque mesure son idéation et facilite le développement de son autisme.

L'attention active, elle, ne paraît plus s'exercer que dans le domaine autiste du malade, et ne s'appliquer qu'à servir ses réactions affectives. Elle y montre une constance et une souplesse remarquables. Il est difficile, voire impossible, de la solliciter dans un cadre extérieur à celui de l'autisme. Elle se dérobe à chaque instant comme évitant de s'aventurer sur un sol mouvant. Lors-

qu'elle s'y laisse entraîner, elle est pour le clinicien le signal de l'évolution favorable du processus morbide et de l'efficacité de la thérapeutique à laquelle le malade est soumis.

D'une manière générale, les insuffisances d'évocation, de réflexion ou d'association, ne sauraient induire en erreur dans les cas de schizophrénie sur l'intégrité réelle des capacités intellectuelles. Elles sont attribuables avant tout à la déficience manifeste de l'attention provoquée qui n'est plus libre de s'exercer en toute indépendance mais est captée au bénéfice d'une expansion imaginative exclusive. On voit ainsi apparaître et disparaître d'un jour à l'autre, par exemple, des troubles importants de la mémoire ou de l'orientation.

Jugement. — L'intégrité du jugement ne saurait, par contre, être sauvegardée. Dans la mesure où le malade s'enfonce dans sa schizophrénie, il perd un des éléments de sa faculté de jugement, entretenu chez le sujet normal par le contact même avec l'ambiance. Il perd de vue ses points de repaire, ses points de comparaison. D'autre part, emporté par le thème de son activité psychique, il se livre à des manifestations excentriques dont il perçoit mal les effets.

Est-ce à dire que la perturbation de son jugement soit définitive ? Il ne le semble pas. En effet, à certains moments, le schizophrène apprécie sa situation avec une acuité étonnante ; il émet sur son entourage des considérations de judicieuse actualité, il réagit à la pression de l'ambiance avec un discernement qui oblige à la plus grande réserve.

En résumé, les facultés intellectuelles du schizophrène, loin d'accuser un processus réel de désagregation ne sont affectées que de perturbations apparentes dues aux phénomènes d'intériorisation. Ces perturbations, à la longue, entraînent une certaine réduction du champ de l'activité mentale.

III. — RÉDUCTION DE L'ACTIVITÉ PRAGMATIQUE

ET DÉSADAPTION A L'AMBIANCE

Le sujet apporte à l'action une lenteur, une passivité, une distraction, une répugnance et souvent une hostilité qui découragent son milieu. On finit par le laisser dans son coin, libre de disposer de son temps à sa guise. Mais le schizophrène n'a pas le comportement de l'aboulique. Il lui répugne d'agir. Il limite son bien-être au minimum indispensable et s'y complaît. Il est inutile d'obtenir de lui de l'exactitude. Mais il lit, il collectionne, il confectonne, il dessine, il écrit, il observe, il pense. Il vague à sa toilette si on le lui rappelle, ou au contraire y apporte le plus grand soin. Aussi bien ne bougera-t-il pas de sa chaise, de sa chambre. Abandonné à lui-même, il est souvent incapable de suffire à ses besoins.

Tandis qu'il s'acquitte de quelques rares devoirs, la plupart des autres restent pour lui lettre morte. Il ne les omet pas, il les refuse, il ne les accepte pas. Quand on lui en fait la remarque, il répond à côté ou bien repartit : A quoi cela sert-il ? D'ailleurs, pour éviter des questions pareilles, il prend une attitude fermée derrière laquelle il

se sent plus tranquille. Il maintient volontiers sa porte close; il tourne le dos à l'interlocuteur, et prend l'air absorbé ou montre du déplaisir à le voir. Il rompt la conversation. Il se retire, abandonnant à lui-même son visiteur et ne revient dans sa chambre qu'après le départ des gens qui l'importunent. Il répugne à toutes les observations de politesse; il paraît parfois se plaire au manque d'égard, à l'ironie. Lorsque le schizophrène montre de la tenue et de l'urbanité, on peut considérer cette attitude comme liée au thème développé par son psychisme particulier. De même lorsqu'il enfreint les règles de l'hygiène, qu'il oublie de se laver, de se vêtir, et parfois même qu'il gâte comme un enfant, il faut rechercher des raisons de cette attitude dans les mobiles de sa réaction psychique.

Cette abstention systématique témoigne simplement de la séparation avec le monde extérieur. Elle amorce le cercle vicieux dans lequel le malade s'engage : tout arrêt d'activité pragmatique l'isole davantage de l'ambiance et tout isolement entraîne une désadaptation à l'ambiance plus profonde.

L'existence indépendante au sein de la société est précaire, difficile, encore que possible. Dans bien des cas, l'internement devient nécessaire. Il paraît d'ailleurs une délivrance pour le patient qui se plaît à la solitude et se débarrasse de toute préoccupation pour mieux s'organiser dans son autisme.

Tel est le comportement du schizophrène-type, à l'extrême de son processus morbide.

On rencontre plus fréquemment des cas où le malade ne s'isole pas autant du monde extérieur. Il s'établit dans

un *modus vivendi* satisfaisant aux deux tendances qui partagent son psychisme et répondant à la formule : vivre autistement dans le monde réel. On parvient ainsi à reconnaître une gamme d'états schizoïdes et schizomaniaques dont les plus atténués ont été bien étudiés dans les « Rêveurs éveillés » (1), par A. Borel et G. Robin. « Ainsi la duperie de soi-même devient une opération « utile » dans le sens immédiat et proprement vital, écrit Dromard (2), puisqu'elle tend à dissimuler des valeurs réelles qui seraient cause de troubles en leur substituant des valeurs fictives qui seront sources de paix. Le mensonge intérieur se présente bien comme une discordance, mais cette discordance a pour résultat un accord : accord entre la fiction que nous nous composons et la réalité que nous avons souhaitée. »

IV. — L'AUTISME. — EXPANSION DE L'ACTIVITÉ PSYCHIQUE
DANS UN MONDE IMAGINAIRE

A propos des maladies de la personnalité, Th. Ribot compare l'esprit à « une riche tapisserie où la trame a complètement disparu : ici sous un dessin assez mince, ailleurs sous une épaisse broderie en haut relief ; le psychologue d'observation intérieure ne voit que les dessins et la broderie, et il se perd en conjectures pour deviner ce qu'il y a dessous ; s'il consentait à changer de posi-

(1) A. Borel et G. Robin : Les rêveurs éveillés. N. R. F. Gallimard, Paris 1925.

(2) G. Dromard : Les mensonges de la vie intérieure. Alcan, Paris 1914, p. 134.

tion ou à regarder à l'envers, il s'éviterait bien des inductions inutiles et il en saurait plus long ».

Ces indications semblent avoir inspiré le Professeur Bleuler dans sa remarquable étude de l'*autisme*. On ne saurait trop reconnaître la grande valeur des conceptions du savant professeur de Zurich, qui a su regarder à l'envers, et voir la raison qui fait d'un homme normal un schizophrène.

« Nous appelons *autisme* la prépondérance relative et absolue de la vie intérieure combinée à l'éloignement de la réalité, écrit-il. Chez le schizophrène, la vie intérieure prend un ascendant maladif. » Elle s'amplifie et s'organise au point de satisfaire à toutes les aspirations, elle devient un monde autiste qui est accepté par le malade comme une réalité dans laquelle il s'absorbe tout entier. Il ne croit plus au témoignage de ses sens. Il n'attribue aucun intérêt, aucun crédit à l'ambiance. Il ne cherche pas plus à agir sur le monde réel qu'un homme en état de rêve.

« La pensée autiste a ses lois particulières. L'autisme utilise les liaisons habituelles et logiques aussi loin qu'il le peut. Mais il ne le peut pas entièrement. Il est dirigé par des besoins affectifs. A côté de cela, il pense par symboles, par analogie, par idées incomplètes, par liaison de hasard. »

Tandis que le professeur Bleuler voit avant tout dans l'autisme, fonction complexe, la manifestation de l'altération préétablie « des fonctions élémentaires indispensables, notamment des associations et de l'affectivité », le professeur Claude et ses élèves s'écartent sensible-

ment de cette conception. En fouillant l'autisme des malades, l'école de Ste-Anne croit y voir autre chose que des idées incomplètes et des liaisons de hasard. Elle conçoit le trouble des fonctions complexes comme le phénomène initial, et ne voit apparaître l'altération des fonctions élémentaires que tardivement et exceptionnellement au cours de l'évolution de la maladie.

a) *Expansion de l'activité psychique dans un monde imaginaire*

L'étude clinique de l'autisme reconnaît, comme élément essentiel, l'expansion de l'activité psychique dans un monde imaginaire. Il semble que le malade y déverse l'action qu'il n'a pu produire au dehors. C'est une intériorisation de ses goûts, de ses ambitions, en même temps qu'une sorte de revanche prise sur ses échecs.

Il est remarquable de constater la *persistance de cette intériorisation*. L'autisme n'est point seulement affaire de préférence, mais de nécessité. Le malade recherche ainsi la régulation même de son existence. Si bien que sans cet appoint imaginatif, il verse dans une hostilité morbide, irrémédiable à l'égard de la réalité.

Une seconde qualité propre à l'autisme est sa *fixité dans le cadre où il s'établit*. Malgré l'étonnante variété de détail, le thème imaginatif conserve son unité et sa logique au cours de l'évolution. D'autre part, il demeure affaire idéo-affective et n'est jamais pleinement transposé dans le monde extérieur.

D'un schizophrène à l'autre, l'autisme se manifeste

sous divers aspects : autisme riche, autisme pauvre de Santenoise, commentés par Minkowski (1) ; autisme rêveur, autisme boudeur, de Borel.

Il est aussi conditionné par les tendances morbides associées : psychasthénique, maniaque, paranoïaque, paranoïde, etc...

Le souci du clinicien consiste à découvrir le thème imaginaire de son malade. En général, il n'y parvient qu'après de longs efforts. Il ne peut guère entrer en contact avec lui qu'à la suite d'accidents pathologiques ou de mauvais résultats d'autres soins thérapeutiques ayant contribué à renfermer le malade en lui-même.

Le schizophrène développe sa pensée sur deux modes différents :

1° Rêveries les plus variées et les plus riches, romanesques et mystiques :

2° Conceptions fictives restreintes et obstinées..

Le schizophrène rêveur, telle cette femme (Obs. 5), que l'existence a longtemps ballotté, finit par se confiner au lit pour vivre dans l'enchantement de ses rêves. Reine, princesse, Marie B... noue et dénoue mille intrigues autour d'elle. A l'inverse d'elle D... (Obs. 21), se confine aussi au lit mais dans une attitude de protestation, s'obstine à ne satisfaire qu'à sa revendication : On aurait dû me marier. Elle boude.

Enfin C... (Obs. 13), qui est entré en contact avec le

(1) E. Minkowski : *Autisme riche et autisme pauvre*. Journal de Neurol. et psychiat. Paris 1927.

(2) A. Morel : *Rêveurs et boudeurs morbides*, loc. cit.

Christ, a eu des visions, se voit chargé de mission divine : racheter le monde. Cependant il reste modestement à sa place, n'entrave en rien le roulement de sa vie quotidienne, n'attribuant à sa destinée qu'une conviction toute intellectuelle.

Suivant sa richesse imaginative, le degré de sa culture, sa propension affective et la faculté restante de s'extérioriser, on obtient du schizophrène les récits plus ou moins complets et plus ou moins caractéristiques de son activité psychique. Il arrive fréquemment qu'il se referme pour un temps sur lui-même à la suite de quelque maladresse même infime de la part de l'ambiance ou de son interlocuteur. Parfois le langage est d'un symbolisme indéchiffrable qui impose de plus longues investigations.

b) Dédoublement fictif de la personnalité

Dès l'instant que le contact est établi avec l'activité psychique du malade — et cela peut demander des mois — on s'aperçoit qu'en réalité, il mène une existence double, l'une toute occupée par sa pensée autiste, l'autre formée des éléments restant de l'existence qui l'environne. Bleuler écrit : « Nous avons une pensée réelle et « une pensée autiste à distinguer qui sont l'une à côté « de l'autre chez le même malade. Dans la pensée réelle « le malade s'oriente très bien dans le temps et l'espace. « Il dirige d'après elle ses gestes qui nous paraissent « normaux. La pensée autiste commet les fautes grossières contre la logique et les convenances. Les deux pensées sont souvent bien séparées et le malade peut appa-

« maître autiste et tantôt tout à fait normal. Dans d'autres « cas, elles se mélangent complètement. » (1).

Les faits confirment chaque jour les constatations relevées chez ces malades par Bleuler. Dans les cas même les plus accusés, il ne s'agit jamais d'attitudes semblables à celles qui représentent le dédoublement de la personnalité de la psychose systématisée progressive. On ne rencontre la conviction, ni la mise en scène, ni le délire actif du sujet. Il n'y a aucune affirmation totale, aucune extériorisation, la perte de contact avec la réalité n'est remplacée par aucune autre manifestation. Il s'agit plutôt d'une illusion durable et jalousement entretenue, d'un dédoublement fictif de la personnalité. Il semble que le malade joue son rôle compte tenu qu'il se connaît et reste lui-même dans le fond. Il n'oublie pas les notions élémentaires, les nécessités quotidiennes, et quand il fait un écart, cela n'est la conséquence que d'un oubli passager ou d'un plan délibérément arrêté. Un exemple frappant de ce dédoublement fictif est donné dans l'observation de Marie B... (Obs. 5), où la malade se sentant mourir, retire son masque et s'entretient volontiers avec son entourage.

Ailleurs, l'autisme schizophrénique révèle un martyr, un sacrifié, un incompris, une victime, un novateur, un éternel amoureux, un artiste, un héros, un seigneur, un initié aux mystères divins, un sauveur de l'humanité. Ni les uns ni les autres ne troublent guère pourtant l'ordre public ou privé. Ils s'accommodent de peu pourvu

(1) Bleuler : *Dementia proecox*, loc. cit. p. 70.

qu'ils ne soient pas gênés dans leur activité imaginaire, complémentaire, compensatrice.

A mesure que les tendances affectives sollicitent le développement de l'autisme, la représentation mentale prend une place de plus en plus influente. Elle conduit vers un certain automatisme dont le malade aura peine à se défendre. Chez les vieux schizophrènes on le retrouve accompagné ou non d'un ensemble d'interprétations délirantes inconsistantes.

V. — SIGNES SOMATIQUES

Dans la règle on ne rencontre pas de symptômes physiques importants de la schizophrénie. Les recherches entreprises pour déceler des signes de déficience nerveuse ou glandulaire n'ont pas abouti jusqu'ici. L'hypothèse d'un trouble physiologique initial reste encore entière. L'organisme s'accommode de la vie latente dans laquelle, en général, l'autisme du malade le confine.

Il s'établit une lente déperdition de force, un ralentissement des échanges, concordant avec une vulnérabilité plus grande à l'infection générale, notamment à l'infection bacillaire. Celle-ci se réveille et peut évoluer rapidement lorsque le traitement provoque un retour de vitalité dans l'organisme.

L'attention s'est portée ces dernières années sur la concomitance fréquente du trouble mental et de la tuberculose. On a voulu voir dans celle-ci la cause prédisposante, voire déterminante du trouble mental. Il

faut rattacher cette hypothèse à l'opinion qui attribue à l'action d'une infection antérieure, quelle qu'elle soit, un rôle important dans la genèse des psychoses anorganiques.

Le système *neuro-végétatif* conserve ses aptitudes fonctionnelle normales à l'inverse de ce que l'on rencontre chez les sujets atteints de démence précoce (Santenoise).

Mais il existe des troubles subjectifs fréquents, d'ailleurs cœnesthésique qui donnent au malade une sensation de vide intérieur, d'insensibilité profonde favorisant parfois le développement de leur autisme.

Certains états schizophréniques traversent des phases de *catatonie* semblables à celles que l'on rencontre dans d'autres affections mentales : la maniacodépressive, les délires toxiques ou infectieux, la paranoïa. Il est intéressant de noter ici les résultats des recherches récentes faites sur les contractures catatoniques. Ils mettent en évidence la relation étroite entre les troubles moteurs et les troubles psychiques (Guiraud et Dide). Il y a trouble fonctionnel et non organique. La contracture est irrégulière d'après la courbe électromyographique (Thévenard). Elle diminue lorsqu'on distrait le malade.

Le mécanisme normal de suspension sur le plan antéro postérieur est conservé (Foix). Enfin même après une longue carrière le schizophrène ne présente aucune altération vestibulaire (Baruck-Aubry).

On constate en outre le fonctionnement défectueux du *tube digestif*, appétences excessives, périodes ano-

rexiques, insuffisance hépato-pancréatique et inertie intestinale.

D'autre part, il faut s'attendre à des désordres de la *sphère génitale*, qui, habituellement entre plus ou moins électivement dans le cycle des préoccupations autistes.

CHAPITRE V

EVOLUTION

Maladie de la personnalité, la schizophrénie grandit et vieillit avec elle. L'élément constitutionnel entretient sa chronicité. Toutefois, il existe des formes cliniques susceptibles de rémissions telles qu'il est permis de croire à la guérison. Le malade conserve ses tendances, mais renaît à la vie extérieure et s'y maintient.

L'évolution favorable de la schizophrénie se rencontre surtout dans les cas où l'affection procède par accès avec un certain rythme périodique. On assiste, après trois ou quatre mois de rupture avec le monde extérieur accompagné de mutisme, d'hostilité, d'attitudes catatoniques, d'hallucinations, de rêveries, au rétablissement progressif du sujet impatient de recouvrer son indépendance pour reprendre son travail. Mais on remarque chez lui la persistance des tendances schizoïdes, goût de la solitude, activité imaginative, atténuée sur un thème semblable à celui développé au cours de l'état

aigu. Il peut vivre des années avant de subir une crise schizophrénique nouvelle ; il peut même en être débarrassé si les conditions d'existence se sont modifiées pour lui dans le sens de ses aspirations.

La thérapeutique active obtient parfois les mêmes résultats sur les schizophrènes récents ou susceptibles encore de transfert. On voit le malade céder aux investigations du psychiatre, l'associer à son autisme et se confier à lui. L'utilisation des procédés psychanalytiques concourt alors à rétablir l'équilibre psychique. Tel est le cas de X..., femme très instruite, actuellement guérie, qui de 1923 à 1925, cultivait jalousement l'espoir d'avoir un enfant de Jésus-Christ et accomplissait au couvent, pour cela, retraite sur retraite sans quitter sa cellule ni plus vaquer à aucun ravail. L'hypothèse de D. P. ou de délire systématisé progressif avait été émise à son sujet lors de son entrée.

Livré à lui-même, le schizophrène se fixe dans la forme morbide qui équilibre sa stabilité psychique. Il évolue exceptionnellement d'une forme clinique à l'autre. Il s'immobilise dans la chronicité. Il cultive son autisme jusqu'à la vieillesse, laissant son champ intellectuel se circonscrire petit à petit. Les stéréotypies se multiplient, le contact avec la réalité se restreint, hormis sur les points où le malade a accepté d'exercer quelque activité de ses mains ou de son cerveau. Il s'acquitte scrupuleusement et sans défaillance de sa tâche particulière quotidienne. Il est inquiet tant qu'il ne l'a pas remplie. Il en est ensuite très satisfait.

On pourrait croire que l'évolution de la schizophré-

nie aboutit à la démence. Cette conception, née de l'assimilation de la schizophrénie à la démence précoce, est infirmée par les faits. Bleuler lui-même admet que le plus vieux schizophrène, encapsulé dans l'autisme le plus étroit, conserve sa capacité de raisonner juste. Lorsqu'il est âgé, il peut, comme tout autre vieillard, perdre partiellement le contrôle de sa pensée.

DEUXIEME PARTIE

ETATS SCHIZOPHRÉNIQUES

CHAPITRE VI

LES FORMES CLINIQUES

La variété des observations publiées au cours des dernières années ont rendu possible l'ébauche d'une classification des états schizophréniques — tels qu'ils ont été décrits.

Dès 1911, le professeur Bleuler, dans son livre sur la démence précoce, préconisait la division de la schizophrénie en formes cliniques d'après ses degrés de gravité et d'après les symptômes prédominants. Après avoir défini la maladie sur ses bases nouvelles, l'Ecole de Sainte-Anne (1) s'est attaquée à semblable classification.

A. — *Suivant le degré de gravité* elle reconnaît :

- 1° la Schizophrénie fruste ou schizoïdie.
- 2° la Schizophrénie évolutive ou schizomanie.
- 3° la Schizophrénie confirmée, proprement dite.

(1) H. Claude, A. Borel, G. Robin : Schizoïdie, schizomanie, schizophrénie. Encéphale 1924, n° 3, p. 148.

Ces trois formes cliniques marquent les étapes possibles du processus morbide. Elles ne composent pas nécessairement le cycle irrémissible du mal. Un schizomane peut le rester toute son existence durant ou reprendre le comportement d'un simple schizoïde ou s'installer très vite en schizophrénie confirmée.

Le *schizoïde* se signale par une tendance à la solitude, au recueillement. Il ne modifie guère sa manière de vivre ; pourtant l'ambiance a déjà perdu pour lui son intérêt. Il prend l'habitude d'affirmer sa personnalité, ses désirs, ses espoirs dans la fiction. Il joue un rôle, parfois même le rôle important dans les conceptions imaginaires qu'il élabore. Ces conceptions elles-mêmes prévalent sur tout ce qui se fait au dehors. Aussi les moindres exigences du monde extérieur provoquent-elles chez lui de la surprise, de la résistance, voire de l'hostilité. Mais il est rare qu'un accident pathologique alerte l'ambiance.

Cet accident s'est produit chez le *schizomane*. Celui-ci s'est refusé au contact du dehors. Il défend jalousement son indépendance, cesse de travailler, s'enferme, s'alite, et n'est satisfait que dans la solitude qu'il s'est acquise. Là, il lit, il écrit, il rêve, il boude. Son visage reflète l'animation de son mentisme. Mais, très près de son entourage encore, il est accessible aux investigations habiles et peut subir utilement un traitement psychiatrique.

Le *schizophrène* proprement dit n'y est plus sensible. Son affectivité, sa pensée sont définitivement fixés. Il s'y plaît et s'est retiré du monde. On doit alors adapter

l'ambiance à ses conceptions. Lorsqu'on y parvient, il est capable de rendre des services.

Ce classement par stades évolutifs s'applique à chaque groupe symptomatique de la schizophrénie. On y voit le corollaire indispensable à la classification analytique de l'affection.

B. — *Suivant l'élément prédominant du syndrome*, les états schizophréniques se répartissent à ce jour en deux formes cliniques principales : rêveuse et boudeuse.

Schizophrènes rêveurs. — L'évasion de la pensée dans un monde imaginaire a capté toute la capacité vitale du sujet. Il ne témoigne pas d'hostilité, mais une parfaite absence de l'esprit à l'égard de l'ambiance. Il se plaît à se raconter à lui-même des romans d'aventures, des révélations mystiques, des intrigues amoureuses, des succès artistiques, des histoires fantastiques. Elles sont toutes plus ou moins agréables à sa personne et avantageuses pour son avenir ; elles satisfont à ses ambitions ; elles lui attribuent le rôle héroïque.

Le schizophrène rêveur ne se départit jamais de son type d'activité mentale qui maintient, en général, sa bonne humeur et rend assez facile son voisinage, encore que certains jours il se montre réfractaire à toute intervention extérieure.

Les rêveurs cultivent leur autisme sur trois modes différents qui les répartissent en trois groupes : les inadaptés, les dissociés et les discordants.

Les *rêveurs inadaptés* caractérisent les schizophrènes qui ont rompu, sans accommodation possible et d'emblée,

avec le monde. Ils vivent exclusivement dans leur autisme qui satisfait toutes leurs aspirations. Leur activité pragmatique est à peu près nulle. Elle est inhibée. (Obs. 1 à 5).

Les *rêveurs dissociés* témoignent au contraire de la persistance de cette activité pragmatique qu'ils séparent de leur activité psychique en établissant entre l'un et l'autre une barrière infranchissable. C'est à l'abri d'une activité extérieure à peu près normale qu'ils développent leurs conceptions et peuvent s'y complaire en toute sécurité (Observations 6 à 9) jusqu'à commettre des actes délinquants tels que l'automutilation (Observations 10 et 11).

Enfin, chez le *rêveur discordant* apparaît la fixité du thème imaginaire qui limite les cadres du rêve et oriente l'activité mentale vers un but favorable de plus en plus désiré.

Une certaine conviction finit par s'affirmer qui donne parfois au rêveur l'apparence d'un paranoïaque. Et pourtant ses conceptions restent dans l'abstrait. Sa seule ambition est de les affirmer, sans être jamais dérangé par les nécessités de la vie, dont il se détache progressivement et loin de laquelle il se plaît (Observations 12 à 14).

Schizophrènes boudeurs. — Le syndrome pathologique du boudeur ne s'oppose pas à celui du rêveur comme le revers d'une médaille à son avers. Cependant, il se caractérise par une attitude inverse : l'abstention à la vie remplace la propension à la rêverie. Il ne s'agit plus de satisfaire à l'autisme en s'évadant du milieu

ambiant, mais en s'opposant à lui. L'expansion imaginative est bridée. Les réticences, les attitudes hostiles se multiplient. L'esprit et le corps s'astreignent à faire obstacle à tout ce qui entrave la réalisation du rêve entrevu. Le boudeur est un réfractaire, il se refuse à toute accommodation et s'isole en cultivant son dépit. Il reste muet dans un coin. Il donne souvent l'illusion d'un dément précoce ou d'un syndrome de Cotard. En réalité, il se voit, s'étudie, s'observe et entretient le sens critique le plus acerbé. Il se détache ainsi progressivement du monde extérieur et semble passer par deux stades évolutifs qui classent les schizophrénies boudeurs sous deux aspects cliniques : les attitudes *agressives* et les attitudes *négalivistes*.

Les *boudeurs agressifs* groupent tous les états d'opposition schizophrénique en période active. On les rencontre souvent. Ils gâtent à plaisir la quiétude de leur entourage. Il leur est impossible de s'adapter, de faire la moindre concession ; ils protestent ou bien ils se dérobent, ou bien ils geignent, malgré les efforts les plus louables des parents les mieux disposés. Habituellement ils pratiquent la manière violente et vindicative. Ils finissent par se rendre intolérables ou bien deviennent tristes et butés (Observations 15-19).

Les *boudeurs négativistes* se refusent à la vie. — Ils s'opposent passivement à une existence qu'ils n'ont pu mener. Ils inhibent comme les rêveurs inadaptés, toute leur activité pragmatique. Ils se cantonnent au lit et finissent par négliger tout ce qui les concerne. Plus rien ne les intéresse hormis le désir d'en finir. Et pourtant ils

ne se suicident pas et rares sont ceux qui repoussent systématiquement tous les soins. (Observ. 20 à 24).

C. — *Formes associées.* — La maladie schizophrénique se rencontre chez des malades atteints d'autres affections mentales dont les caractères propres dominent par moment le tableau nosologique. La classification est encore à faire de ces états associés à la *manie* (Observations 25-26) à la *psychasthénie* (Observations 1 et 2), aux psychoses paranoïdes (Observation 27), enfin aux psychoses liées à un syndrome d'action extérieure tels que les délires hallucinatoires non systématisés. Il peut y avoir également associations avec des états d'émotivité, de débilité mentale ou de psychose perverse. Chez les uns, il semble qu'il s'établisse une juxtaposition, chez les autres, une intrication des phénomènes morbides, le développement schizophrénique évoluant en sens inverse ou en sens direct de celui de l'affection associée.

D. — *Formes suivant l'âge.* — Il est difficile d'affirmer une différenciation nette entre les formes cliniques schizophréniques d'après l'âge du malade. Toutefois, on peut ranger les boudeurs agressifs, les rêveurs dissociés et les rêveurs discordants parmi les schizophrènes d'âge mûr. On rencontre plus fréquemment chez les jeunes gens les formes d'inadaptation et de négativisme.

Ces considérations n'impliquent rien d'absolu, — comme il est facile de le constater dans la partie de ce travail réservée aux observations.

De même le rôle de l'âge ne permet pas de considé-

raisons pronostiques. La schizophrénie des jeunes gens paraît à la fois plus grave et plus curable que celle des adultes. Il ne faut jamais omettre que la curabilité de ses états est nettement liée au jeu inégal de la vie affective, soumise aux fluctuations de l'existence au point de vue moral aussi bien que physiologique.

CHAPITRE VII .

LES SCHIZOPHRENES REVEURS

Les observations relatées ci-après, limitées à une quinzaine, présentent la schizophrénie à prédominance de rêverie sous ses différents aspects. Elles sont groupées en trois catégories.

Dans la première se rangent les *rêveurs inadaptés* chez lesquels le thème de la pensée autiste a concentré sur lui toute la capacité vitale du sujet au détriment de l'activité pragmatique très restreinte ou nulle.

Le second groupe d'observations concerne les *rêveurs dissociés*. Ceux-ci se sont attribués un programme autiste limité qu'ils exploitent jusqu'à l'automutilation au sein même et à l'abri d'une activité pragmatique à peu près conservée.

Enfin les *rêveurs discordants* composent la troisième série d'observations. Simple ou multiple leur thème autiste tend à s'extérioriser, laissant paraître par des actes les signes de dissociation psychique.

PREMIER GROUPE

Rêveurs inadaptés

Le thème de la pensée autiste a concentré sur lui toute la capacité vitale du sujet au détriment de l'activité pragmatique très restreinte ou nulle.

OBSERVATION 1. — Etat d'indifférence et d'inertie remontant à 1923. Rêveries morbides, romanesques et mégalomaniques. Courtes phases de dépression avec angoisse. Ambitions artistiques insatisfaites. Constitution schizoïde.

Yves Ch., fils unique, est âgé de 21 ans (mai 1927). Sa première enfance n'a été marquée par aucun événement particulier. Elevé par des parents très sensibles et attentionnés, il parlait peu, s'amusait seul et craignait l'approche de l'étranger. Ne s'entendant guère avec les enfants de son âge il préférait ses poupées dont il prit un soin particulier jusqu'à l'âge de huit ans. Puis il se passionna pour les collections d'objets divers, timbres, pierres, etc...

De bonne heure il s'adonne à la musique, montre du talent pour le violon et se concentre dans ses études musicales au point qu'il obtient de ses parents d'abandonner l'école à 15 ans pour se préparer à la carrière d'artiste. D'ailleurs, depuis longtemps il se plaignait

d'ennui dès qu'il avait à apprendre ses leçons. Yves se met à fréquenter les milieux d'artistes.

Yves qui est intelligent et doué tire l'archet, fait du solfège, prend une carte d'abonnement aux concerts symphoniques : il s'oriente vers le concours du Conservatoire. Sans doute n'a-t-il en poche que son certificat d'études, mais d'autres n'ont-ils pas réussi même sans cela ?

Il change de professeurs plusieurs fois et n'est satisfait qu'en entrant dans la classe de J.-B., soliste des Concerts Colonne, demoiselle d'un certain âge qui est pour lui le symbole de l'artiste musical. « C'est, pense-t-il, une leçon de musique et une leçon de chose que je prendrai en même temps ».

Il travaille un an avec elle en vue du concours, électrisé par les récits de son professeur sur les succès de la scène. Il se voit virtuose, vedette, violoniste international. Car il se plaît à rêver. Depuis longtemps déjà il ne quitte son violon que pour songer à la renommée qu'il va conquérir. Il se voit donnant un concert dans les salles les plus réputées, à Paris, sur la Côte d'Azur ; le train de l'orchestre l'enivre. Tous les regards sont tournés sur lui. On acclame, lui reste modeste. Il reçoit l'hommage des plus belles femmes. Il s'imagine faire une fugue avec la femme idéale, qu'il n'a d'ailleurs jamais rencontrée, très belle, attirant l'attention par son élégance.

Il rêve d'aventures « don juanesques » comme il dit lui-même, de voyages, d'enlèvements. Lorsqu'il sort, il suffit qu'il rencontre une jolie femme dans la rue pour

que toute sa rêverie s'en inspire à nouveau. Il éprouve un grand élan vers la vie. Il veut vivre intensément et y parvient merveilleusement en rêvant.

D'un naturel timide, il ne parle de cette vie intérieure à personne, si ce n'est une ou deux fois à son père qui le plaisante. Jamais à sa mère, car « elle est réaliste », dit-il. D'un caractère froid et réservé, elle se fâche facilement quand il n'est pas constant au travail. Elle le pousse à l'étude, sans l'agacer toutefois, elle ne lui refuse rien, et se contente de lui dire parfois : tu nous coûte cher.

Yves Ch. continue : « Ça n'a jamais été dans mes goûts de m'amuser, de faire la noce, de boire. Je crains cela pour ma dignité physique et morale. Correct, bien vêtu, avec un point de coquetterie, j'use pourtant un habit jusqu'à la corde et tiens à les voir jusqu'au bout sans taches et repassés. Mais il me plaît aussi d'être un peu bohème. Bohème et rêveur, cela va ensemble. Je déteste le sport violent.

« J'avais quelques camarades, l'un a pu entrer au Conservatoire, l'autre est devenu tailleur ; je les ai lâchés. Au fond je n'ai jamais eu d'amis ni de véritables amitiés féminines. La réalité est bien moins belle que ce que je me l'imagine dans mes rêves. Je lis des romans mais je préfère entendre lire ou voir jouer. J'aime la peinture, l'aquarelle, genre pittoresque. Cela fournit un motif à ma pensée. C'est pour cela que j'aime aussi beaucoup le cinéma, malgré sa brutalité. C'est de la peinture vivante, de la symphonie visuelle. Ce qui me plaît c'est le mystère, le drame wagnérien où la lutte est fantasti-

que et par contraste, l'expression enivrante de la musique italienne, le mélodrame bohème slave avec ses envolées extraordinaires. »

Deux mois avant le concours du Conservatoire, le seul qu'il pût présenter en raison de son âge, Yves s'aperçoit tout à coup qu'il n'arrivera pas, qu'il perd son temps, qu'il joue de façon automatique, qu'il ne fait plus de progrès. Il est pris d'angoisse, il perd confiance en lui-même, il se sent impuissant à améliorer son jeu, il a l'impression qu'il se dédouble, qu'un autre joue à sa place. La préparation du concours devient une telle torture qu'il finit par avoir la hantise de son instrument.

Obligé d'affronter l'examen, il y va sans même chercher à réussir. Il ne semble pas le désirer. Mais quelques jours après il s'enferme chez lui, reste au lit, négligeant sa toilette, son alimentation, et pendant un mois fait une crise de dépression alarmant sa famille. Il a la phobie de tout objet pointu, ciseaux, couteaux, épingles, il refuse de se faire raser, craignant le rasoir, il est irritable, intraitable, passant des heures dans le mutisme et l'inertie complète. Toutefois, il montre une exigence rigoureuse à ce qu'on lui apporte le journal chaque jour. Il l'attend fébrilement, il le lit de A à Z.

Traité par plusieurs docteurs pour psychasthénie pendant les années 1923 à 1926, son état ne s'améliore pas. Une fois on l'admet dans une clinique d'où il sort peu de temps après, profondément frappé par le contact d'autres psychasthéniques qui lui communiquent l'angoisse du doute. Il revient à la tranquillité de sa chambre

et à son fauteuil, où ses pensées ne sont troublées par personne. Que n'a-t-il pas rêvé au cours de ces trois années, où constamment il s'apercevait que la journée avait fui d'un trait, sans qu'il s'en rende compte, qu'il était trop tard pour faire la petite promenade du soir autour du Luxembourg et de l'Odéon ! Psychasthénique peut-être il l'était. Mais rêveur, bien plus certainement encore.

L'exposition des arts décoratifs tire notre malade de ses méditations. On lui donne une carte permanente. Ces constructions neuves, ces pergolas, ces jardins, ces fontaines lumineuses, produisent sur ses pas un effet magique. Il est rare dès lors qu'Yves ne sorte dès le matin de chez lui. Il passe son temps à l'exposition. Et puis il y a les concerts à la salle du Pavillon de Nancy. Il aime surtout un appartement d'ambassade qu'il va revoir souvent, dont il admire les jeux de lumières, les meubles modernes. Il n'a aucune peine alors à se représenter les réceptions mondaines données dans ces salons, il se mêle aux personnages.

Il aurait voulu vivre quelques heures dans le pavillon italien aux colonnes majestueuses, mais l'affluence des visiteurs le gêne. Le luxe criard mais brillant du turc l'attire aussi. La musique, le divan, les lenteurs méditatives de l'oriental, que de charmes pour lui ! Puis, il s'installe deux ou trois heures durant au bord de la Seine dans un coin retiré, à écouter le jazz évoquer des images passionnées ou tristes. Il boit des citronnades et il fume. Il ne quitte les lieux qu'à l'heure de la fermeture.

La clôture de l'exposition lui est un grand chagrin. Mais il garde après elle le goût de sortir, et peu à peu, il reprend contact avec les milieux artistes, aux premières des théâtres, aux premières de cinéma, et même au café. Alors, il est un autre homme. Il parle volontiers, il critique, il apprécie, il fait montre du meilleur snobisme. Il se retrouve lui-même au milieu d'artistes qui ont réussi.

Le temps s'écoule ainsi. Actuellement encore Yves ne paraît pas autrement tourmenté d'être à charge à ses parents depuis plusieurs années. Il ne désire pas non plus que sa manière de vie change, au fond, mais il vient à la consultation parce qu'il faut se « faire une raison » et qu'il n'y a pas lieu d'entrer dans la vie comme un incapable ou un déclassé. Il vient demander conseil, sur la demande de ses parents, pour savoir comment concilier ses aspirations avec les nécessités de l'existence. Il cherche une carrière honorable suffisant à ses modestes besoins d'argent qui lui permettrait de continuer sa vie.

Yves Ch. nous raconte ainsi toute son histoire et paraît fort étonné de l'attention que nous prètons à ses rêveries. Il n'aurait jamais songé à nous les livrer lui-même.

Ses parents n'ont point présenté de tendances semblables aux siennes. Ils sont affligés de voir leur garçon ne mordre à aucun travail et semblent à peine se rendre compte de la folle imagination qui l'accapare tout entier. Ils le considèrent comme ayant une inertie invincible dont ils font remonter la cause à l'échec du con-

cours du Conservatoire. Ils ne signalent aucun antécédent héréditaire collatéral pas plus qu'aucun autre antécédent personnel.

Cette observation montre bien l'enchaînement des phases par lesquelles le schizoïde rêveur est entraîné à se soustraire à la réalité. Pris au jeu de sa rêverie il élude les échéances qui pourraient l'en faire sortir, et finit par se confiner en elle. Une situation normale dans la vie réelle réclame de lui un effort qu'il estime inutile puisqu'il obtient dans la fiction bien plus accessible, la pleine satisfaction de ses désirs.

Les symptômes psychasténiques qu'il a présentés de 1923 à 1926 ne nous sont pas connus autrement que par les récits des siens. Il est possible qu'il ait passé par une crise de cet ordre. Il n'en a pas moins compensé les effets en lui-même par l'évasion dans un monde imaginaire, un autisme réparateur que le malade expose clairement aujourd'hui, et qu'il entretient comme un lieu de refuge certain, alors qu'il essaye de reprendre contact avec l'ambiance. Le fait, si anodin pourtant, qu'il n'a cessé à aucun moment de la maladie de lire avec attention le journal du jour montre la persistance d'une activité mentale bien orientée à l'époque même où l'activité pragmatique était supprimée...

On a affaire ici à une schizoze qui paraît actuellement régresser d'elle-même vers un accommodement avec les réalités. L'observateur superficiel serait tenté de conclure avec les parents : crise de dépression consécutive à un échec de concours. Il n'en est rien, car Yves

Ch. est indifférent à la réalité. Il tenait si peu à arriver qu'il préparait le Conservatoire en rêvant et en suivant les concerts symphoniques ; puis l'époque du concours est venue troubler sa quiétude, la nécessité de faire figure de candidat le prend au dépourvu. Il n'y avait jamais cru positivement. Il ne s'y était jamais préparé réellement. L'angoisse le paralyse, et deux mois à l'avance il esquive l'effort.

« J'ai manqué mon concours parce que j'étais malade », dit-il à présent. Cette explication lui suffit en public. Il n'en a pas besoin vis-à-vis de lui-même. Il ne s'est jamais soucié de réussir ce concours, mais d'organiser toutes choses aux seules fins de mener une vie intense en imagination, ce qui a pour lui le plus grand charme. Il laisse porter sur lui tous les diagnostics par plusieurs docteurs, il laisse ses parents le soigner. Cela lui est indifférent. Cherche-t-il à guérir ? Il cherche avant tout sa tranquillité. Sa conception de la vie lui est strictement personnelle. Tout ce qu'il sera capable de faire au contact de son milieu, n'interviendra qu'en guise d'accommodement devant la nécessité. Il invente d'autant mieux son rôle dans la vie qu'il est moins enclin à le réaliser.

OBSERVATION 2. — Il nous apparaît du plus haut intérêt de rapprocher de l'observation d'Yves Ch. celle relatée il y a plusieurs années par le Dr Janet sous le titre « Diminution graduelle de la volonté et de l'activité intellectuelle au moment de la puberté. Tendance à l'immobilité, à la rêverie. Traitement par l'éducation de l'attention » (1).

« Voici un cas d'aboulie bien différent du précédent, au moins par les circonstances dans lesquelles il s'est développé, mais qui lui ressemble cependant par sa simplicité. Cette grosse fille de vingt ans, Li... se présente avec un air singulièrement abruti, ne regardant rien, s'asseyant où l'on veut, sans s'inquiéter de rien, et, de fait, elle a déjà été diagnostiquée comme un cas de démence précoce ; heureusement que ce diagnostic nous paraît un peu exagéré.

C'était autrefois une jeune fille assez intelligente, elle avait surtout, paraît-il, des dispositions pour la musique et fut bonne élève au Conservatoire. Depuis un an, elle présente graduellement une série de troubles physiques et moraux. Ses règles sont supprimées, son appétit à peu à peu disparu en même temps que ses digestions devenaient très difficiles, mais, surtout, elle est devenue très paresseuse, d'abord ne faisant plus rien en dehors de

(1) P. Janet : *Névroses et Idées fixes*. Observ. 8, p. 33, Alcan Paris.

la musique, ensuite renonçant à la musique elle-même. On remarquait qu'elle rémuait de moins en moins, hésitant et grognant pour le plus petit effort qu'on lui demandait. Elle devint de plus en plus lente dans ses mouvements. Il fallait des heures pour qu'elle se levât et s'habillât. Cette lenteur se manifestait bien dans ses réponses : — « Voyons, mademoiselle, pourquoi ne voulez-vous plus travailler votre musique, vous réussissiez si bien?... » La malade, après deux minutes de silence : — « Parce que... c'est... pas... la peine... »

Elle parle, comme vous le voyez, très lentement et très bas. Ce n'est pas par timidité, elle parle ainsi avec tout le monde, mais vous remarquez qu'elle a compris et répond correctement. En effet, elle n'a jamais dit d'absurdités ; il n'y a pas de délire proprement dit. Quand on essaye de la faire lire, on voit que cela lui répugne, qu'elle le fait très lentement, mais, en somme, elle voit bien, peut lire de loin et elle comprend de petites phrases. L'attention intellectuelle ne semble pas atteinte autant que l'activité motrice et sur ce point le cas de Li.. nous paraît assez comparable au cas de Z..., mais les circonstances dans lesquelles la maladie s'est développée sont bien différentes.

Les antécédents héréditaires nous montrent que la mère a été hystérique, qu'elle est encore très nerveuse. L'enfant présenta pendant longtemps des cauchemars, ces terreurs nocturnes qui sont si caractéristiques chez les futurs névropathes. Elle était depuis longtemps sombre et taciturne, disposée à la rêverie perpétuelle. La

cause occasionnelle de l'état actuel semble avoir été une petite déception quand elle n'eut pas au Conservatoire le prix qu'elle espérait ; mais, en somme, cette lenteur, cette rêverie — car c'est une jeune fille qui rêvasse perpétuellement — ne sont que le développement de son caractère antérieur. Nous n'osons pas préciser le groupe maladif dans lequel il faudra peut-être la ranger plus tard. Elle présente une très légère diminution de la sensibilité tactile qui tient à son peu d'attention et qui disparaît dès qu'on la prie de faire un petit effort d'attention. Est-ce assez pour dire que cette maladie se rattache à l'hystérie ? Nous ne pouvons, avec tous nos moyens d'observation clinique, bien entendu, constater aucune modification de l'ouïe, de la vue, du goût, aucun trouble notable des sensibilités viscérales. Il est probable que ces troubles apparaîtront plus tard, car, d'ordinaire, ils ne tardent pas à suivre les grandes altérations de l'attention. Pour le moment, la malade est surtout une aboulique qui présente un arrêt de la synthèse mentale, trouble qui, peu à peu, se transformera et donnera naissance à des maladies plus caractérisées, si l'on ne parvient pas à l'enrayer.

Nous sommes heureux de vous présenter cette malade que vous avez vue il y a trois mois. Vous voyez que l'aspect est meilleur et qu'elle nous répond avec plus de rapidité et plus de précision. Nous n'avions aucune raison de ne pas croire à une démence précoce. C'est un de ces cas dans lesquels on obtient d'heureux résultats par la discipline mentale. Au lieu de permettre à la malade

de se reposer indéfiniment comme elle le faisait, nous avons exigé une vie assez active et remplie d'occupations bien réglées à chaque moment de la journée. Sa mère, avec une grande patience a réussi à la faire lire, écrire un peu, jouer du piano, coudre, etc., et tout cela régulièrement, aux mêmes heures. La jeune fille, qui désirait guérir, était capable de s'y prêter. Vous voyez le progrès rapide et frappant. »

N'est-il point permis de supposer que Li..., sur l'autisme de laquelle le Dr Janet ne donne pas de détails, répond à un cas de schizose à type de rêverie ? N'y a-t-il pas dans l'analyse judicieuse du Dr P. Janet la conception naissante de ce groupe nosologique nouveau ?

OBSERVATION 3. — Episode aigu chez une schizoïde rêveuse à thème mystique. Attitudes contemplatives. Hostilité. Ironie. Régression des phénomènes aigus. Persistance de l'état schizoïde.

« Je ne suis pas du tout malade, et je ne vois pas pourquoi mes sœurs m'ont conduit ici ; elles m'ont fait beaucoup de chagrin. » Telles sont les paroles de Germaine M... à son entrée dans le service, le 25 septembre 1926. Elle a été mise en congé une deuxième fois par la banque où elle travaille parce qu'elle s'y montre incapable et commet des erreurs.

En 1923, alors qu'elle avait 19 ans, semblable accroc lui était arrivé, à la suite d'une grande tristesse. A cette époque, tout son désir était de prendre le voile, et elle avait été admise dans un couvent d'où elle était renvoyée au bout de quelques mois parce qu'elle ne faisait rien.

Pourtant Germaine M... a son certificat d'études et a montré au cours de sa jeunesse, une aptitude et une régularité sans défaillances au travail. Orpheline de bonne heure et cadette de sept enfants bien portants, elle avait été élevée par les sœurs. Elle leur conservait une sainte adoration. Elle comptait rester auprès d'elles. Sa déception fut très grande quand elle dut quitter la maison des religieuses. Malgré les attentions de sa famille, elle songe, dès lors, à prendre le voile un jour. « Dans ma jeunesse, dit-elle, je jouais tout le temps avec une amie qui a réussi au couvent. Je rêvais que j'étais un ange, une sainte, une mère abbesse. Mille idées me venaient à la tête. Je communiai tous les jours. Plus tard, je rêvai d'entrer au couvent — car entrer au couvent c'est épouser le plus beau de tous les hommes, Jésus-Christ. A ma prise de voile, j'étais comme une mariée. Mais j'en suis restée là. »

Comme Germaine M... a de la réticence à en dire plus long, il nous fallut attendre deux mois pour connaître la fin de son histoire.

Au cours de cette période, elle se comporte comme une D. P. avec phase de violences; de réticences, d'iro-

nie. Il est redoutable de la provoquer. Parfois, elle urine dans sa chambre, et prie qu'on la laisse dans le calme le plus absolu. On l'entend marmoter à mi-voix. Il lui plaît aussi de coudre des ouvrages de luxe. Elle passe des heures en contemplation, elle vaque scrupuleusement à ses devoirs religieux. Jamais hostile à l'égard des docteurs, elle leur donne la réplique d'un ton bref, moqueur, enjoué, évitant de concentrer sa réflexion sur son état. Par ailleurs, elle s'accommode des conditions sévères où on la maintient. Sa pensée paraît absorbée ailleurs. Elle parle de son passé avec une indifférence qui semble affectée.

Enfin, en novembre 1926, elle avoue avoir été dévariée par deux événements : le mariage de sa sœur en 1923, et la demande en mariage dont elle avait été l'objet peu après. « Tout cela se passait deux mois avant mon entrée au couvent. Je n'y ai même pas réfléchi, tout était déjà décidé. »

Actuellement encore, Germaine M., n'a pas résolu le conflit que ces événements ont élevé dans son for intérieur. Ses tendances à la rêverie, ses aspirations à la vie normale partagent son cœur, et paralysent son action. Elle le comprend et sort en janvier 1927, calme, avec le désir de reprendre son travail, mais conservant l'instabilité de ceux qui n'ont pas réussi. Elle dit d'un ton amer : « Maintenant, je me marierai pour avoir un soutien, si je ne puis rentrer au couvent. »

Il nous paraît intéressant de noter à propos de cette

observation, les troubles graves du comportement de la malade au cours de son passage à la clinique. Ces troubles du comportement sont à rapprocher de ceux manifestés par les boudeurs, chez lesquels l'élément rêverie passe inaperçu. Ils marquent une certaine inadaptabilité au monde extérieur qui avec la conservation intégrale des fonctions intellectuelles représente une des caractéristiques du syndrome schizophrénique.

OBSERVATION 4. — Etat d'indifférence et de rêverie morbide remontant à plusieurs années. Symbolisme. Cryptographie.

Vincent Th... paraît incapable d'expliquer les raisons de son hospitalisation (mars 1927), comme s'il avait à exprimer quelque chose de trop confidentiel ou d'indéfinissable. Il a 24 ans, ne se plaint de rien, est maigre et pâle, et accepte volontiers les conditions où il vit. Ciseleur de son métier, il partait le matin pour son travail et rentrait le soir après avoir erré toute la journée au hasard. « C'est ma force qui me pousse », dit-il. En fait, il ne travaille plus depuis deux ans.

Dès l'enfance, il s'appliquait avec une docilité parfaite à tout ce qu'il faisait. Timide, renfermé, il parlait

peu, ne demandait rien et rêvassait. A l'école, on l'appelait la petite fille. Il n'a pu obtenir son certificat d'études. Très religieux, très méticuleux, on se moquait un peu de lui et il en souffrait vivement. A l'atelier de ciseleur, où il apprend son métier, on est satisfait de lui, bien que s'adonnant très lentement à sa besogne ; il acquiert un joli talent.

Au régiment, il obéit bien, ses chefs l'apprécient. Chez sa sœur enfin, où il habite au sortir de la caserne, Vincent se fait aimer par sa complaisance, aide à la cuisine, achève les travaux du ménage, et ne sort jamais. Il se révèle dessinateur habile, il invente des motifs de broderie appréciés, que sa sœur exécute pour les robes qu'elle vend à sa clientèle.

Et pourtant, il vit comme préférant rester en dehors de l'existence. Il reprend son métier de ciseleur.

Mais on essaye de le marier. Il accepte sans entrain. Quand le mariage est imminent, il se dérobe. Dès ce moment (1926), son comportement se modifie gravement. Il est inquiet, absent. Il fuit comme un délinquant devant la mère de sa fiancée qui était venue l'attendre à la sortie de l'atelier. Il s'absorbe dans ses idées, approuve de se faire traiter parce que son moral est bas. Il l'essaye par lui-même, en suivant des séances de spiritisme, en collectionnant des extraits de journaux relatifs aux sciences occultes.

Depuis son entrée à la clinique, il paraît calme et satisfait. Il dessine fréquemment ou bien écrit des vers

ou de la prose rythmée. Ses crayons sont symboliques comme ses écrits. Il reste muet, le visage parfaitement immobile, fermé, lorsqu'on le questionne à ce sujet. Par contre, il répond avec lenteur sur un ton monotone à l'interrogatoire sur d'autres sujets. Il lasse son interlocuteur par la pauvreté de ses réponses. Ou bien il s'exprime en langage plus ou moins compréhensible. Ses sentiments affectifs semblent persister surtout à l'égard de sa mère.

Voici maintenant quelques phrases que l'on relève sur les pages de son cahier au milieu des dessins :

— Les poires et les pommes tombent.

— Les roses restent.

— Que je n'étais pas sociable.

— La recherche de l'impalpable, c'est perdre son temps.

— L'immuable boude — l'éclair sous le mystère.

— Il n'est pas assez sûr de lui.

— Mon cœur n'a plus de mystère.

— J'ai l'imagination et elle a la pensée.

— Le départ simultané vers l'au-delà.

— En communication divine. Chacun pour soi, Dieu pour tous.

— Un bateau, un amour, des roses, un ange.

— Un rond de serviette. A Sainte-Anne.

— Mon cœur est parti, il voyage et ne connaît plus de retour.

— Le psychologue enchanté.

— On s'avance quand on est fort.

Ainsi Vincent Th..., dont l'apathie extérieure est manifeste semble conserver un autisme qui l'absorbe et lui suffit.

Depuis un an son état ne s'est pas modifié. Il vague à des menus travaux et reprend la plume dès qu'il est de loisir.

Le symptôme prédominant de cet état schizophrénique est constitué par l'apathie avec désaffection et perte de l'élan vital pragmatique qui paraît être compensé par le développement d'un symbolisme lyrique très prononcé.

OBSERVATION 5. — Schizophrénie rêveuse, érotomaniaque. Désadaptation. Phases aiguës. Ebauche de transfert affectif ayant permis de constater la conservation des facultés intellectuelles et affectives jusqu'à l'exitus. Début antérieur à 1917.

Marie B... (1) est admise d'urgence le 9 octobre 1917, à l'âge de 24 ans, avec le certificat suivant : est atteinte de dégénérescence mentale, idées hypocondriaques, irritabilité, impulsions, etc.

(1) Cette observation a été publiée sous le titre : *Rêveries morbides*, par MM. A. Borel et Gilbert Robin, *Annales médico-psychiques*, mars 1924.

Après un séjour de quelques mois, ses parents la reprennent mais l'amélioration ne dure pas. La malade s'alite peu après son retour chez elle et est ramenée à la clinique par sa famille après deux ans de soins sans résultats.

Le certificat de son deuxième internement est ainsi rédigé : déséquilibre psychique. Trouble du caractère. Perversion des sentiments affectifs. Aversion à l'égard de certaines personnes de sa famille qu'elle accuse de ne pas s'occuper suffisamment d'elle, de la maltraiter. Reste volontairement inactive, et garde habituellement le lit depuis trois ans. Nonchalance. Paresse. Dérobement devant l'effort mental. Attention spontanée suffisante. Mémoire bonne. Annonce qu'elle ne s'intéresse plus à rien sans d'ailleurs en souffrir.

Préoccupations hypocondriaques. Conscience parfaite de la situation. Pas d'idées délirantes, pas de troubles psycho-sensoriels. Asthénie physique. Anémie avec décoloration très marquée.

Depuis cette époque (février 1921), jusqu'à sa mort (août 1925), l'état mental de la malade est resté sensiblement le même. Son observation a été relatée en détail ailleurs. En voici les traits essentiels.

Née de parents normaux, on ne trouve à signaler dans ses antécédents héréditaires qu'un grand-oncle paternel qui aurait eu des crises d'épilepsie. D'une santé délicate, elle eut de fréquentes bronchites et une pleurésie à l'âge de huit ans.

Intelligente, elle apprenait facilement à l'école. Affective et douce, n'aimant pas les jeux bruyants, elle vivait volontiers seule. Dès l'enfance, en effet, se manifestait chez elle un penchant à la rêverie, à la vie intérieure qui lui faisait déjà préférer la solitude à la compagnie d'enfants de son âge. Elle se plaisait à rester à la maison, à lire, à songer, et il était souvent difficile de la décider à sortir ou à s'amuser.

Un premier épisode d'excitation psychique avec idées de grandeur se produit en 1907 au moment des troubles de la puberté. Elle déclare à ses parents qu'elle est Reine d'Espagne, se drape dans un rideau, rit, chante, commande, ordonne et s'irrite même lorsqu'ils ne cèdent pas à ses caprices. Au bout de deux ans, tout est redevenu normal. Le travail d'école est repris avec ardeur. Le passé paraît oublié. Cependant elle conserve sa prédilection pour le rêve. De plus, elle montre une certaine recherche d'élégance. Elle ne cache pas son goût pour le luxe et dit souvent avec amertume : « Je suis la fille d'un employé. » Elle se refuse au mariage qui lui est offert dans le milieu où elle vit.

En 1915 apparaît un second épisode d'excitation, avec idées de grandeur plus impérieuses, et phases de dépression aiguë. Marie B... a 23 ans. Elle montre une réelle aversion pour son père et son frère qu'elle astreint à satisfaire tous ses menus désirs. Elle leur dit ensuite en ricanant : « Voyez ma puissance, je vous fais marcher comme je veux. »

Au bout de deux années de soins les plus pénibles, la famille se résoud à l'internement relaté plus haut, en 1917, et après une nouvelle tentative infructueuse, ramène définitivement la malade à la clinique en 1921.

Au premier abord, Marie B... fait penser à un état démentiel progressivement constitué et s'aggravant tous les jours. Elle garde le lit, ne fait rien ou presque. Elle ne lit pas, ne s'intéresse à rien de ce qui se passe au dehors. Quand on vient près de son lit, elle feint de dormir et ne se prête point à l'interrogatoire, ou parle sans prendre intérêt à la conversation. La même indifférence persiste lors de la visite des siens. Elle n'exprime aucun désir de retourner dans sa famille.

Puis, soudain, elle s'irrite. Les soins les plus attentionnés déchaînent sa mauvaise humeur. Elle jette l'assiette que l'infirmière lui présente, elle ne veut pas se laisser approcher. Elle ne fait plus aucune toilette, elle gâta parfois et se démène si bien qu'on est obligé de la transférer dans une salle d'agités.

Puis la scène se transforme à nouveau, et c'est un épisode mégalomane. Elle se lève, se drape dans ses couvertures, prend des attitudes théâtrales, se plaît à reproduire des poses, à s'orner de la tête aux pieds, sourit, ironise et tient des propos faciles. Un érotisme sous-jacent éclate parfois en gestes obscènes, en interpellations faubouriennes.

Mais excitée ou calme, elle semble absorbée chaque jour par de lointaines pensées. Tournant le dos aux im-

portuns, le regard perdu, elle paraît songer indéfiniment. Cette régularité attire l'attention sur elle, mais elle se refuse à tout interrogatoire.

Enfin, après de longs mois d'attente, elle accepte d'avoir des entretiens suivis et de raconter sa vie. Il n'est pas alors de contraste plus frappant que la pertinence des réponses opposées au comportement si troublé de Marie B...

Elle est en effet, orientée et lucide. On ne décèle dans ses discours aucun trouble du jugement ou du raisonnement. Sa mémoire paraît conservée, son attention suffisante, l'effort mental reste possible et productif. Voici ce qu'elle dit elle-même, sur son état.

« Je me rappelle la crise que j'ai eue autrefois. J'ai dit que j'étais Reine d'Espagne. Dans le fond, je savais bien que ce n'était pas vrai. J'étais comme une enfant qui joue à la poupée et qui sait bien que sa poupée n'est pas vivante, mais qui veut s'en persuader...

« Je me coiffais, je me drapais... cela m'amusait... et puis peu à peu cela fut malgré moi... Je ne peux pas dire que j'étais normale ou anormale... J'étais comme enchantée... c'était comme un rêve que je vivais...

« J'étais comme une comédienne qui aurait joué un rôle... qui se serait mise dans la peau du personnage. J'étais convaincue... pas tout à fait. J'étais dans un monde imaginaire. C'étaient plusieurs vies que je vivais, et de toutes ces vies, j'étais le personnage principal.

« Avant cette crise, j'allais au cours comme tous les

enfants. Après on m'a gardée à la maison. On me faisait donner des leçons, mais chaque mois, cela me reprenait un peu avant mes règles... Toutes mes idées me revenaient pendant huit jours... Mais c'était moins agréable que la première fois, car je me rendais mieux compte que ce n'était pas réel.

« J'avais cependant encore l'impression de vivre dans un rêve. Et cela a duré ainsi pendant 2 ans ; une semaine par mois je retrouvais mes rêves... Tout cela est passé, mais j'y songe encore parfois... »

Parlant de ses parents et de l'indifférence qu'elle montre à leur égard : « C'est vrai, ce n'est pas eux que j'aurais dû avoir comme parents. Mais, c'est une autre vie que celle qu'ils me donnaient que j'aurais dû avoir. J'aime les fêtes, le luxe... Ce sont des employés. Ils ne me comprenaient pas. »

Et comme on lui fait observer que pourtant, c'est elle qui ne voulait jamais sortir, elle reprend : « Ah ! j'ai eu tant de vies différentes, une fois je me suis mariée avec un Américain, très beau, qui portait des lunettes d'or. Il m'a emmenée faire un grand voyage avec lui, j'ai fait naufrage... Nous avons été sauvés par un paquebot qui nous a ramenés chez nous... Nous avions un grand hôtel et chacun notre chambre. Quelles fêtes j'ai données ! Pressée de questions au sujet de ce récit, elle convient en souriant : « Eh bien ! non ! ce n'est pas vrai... mais... »

Et il y a dix autres récits semblables. Chacun est celui d'une existence fictive qu'elle vit en imagination.

« J'ai vécu dans l'antiquité, j'étais une reine célèbre... j'ai vécu au temps de l'homme des cavernes », etc.

La relation de tous les propos de Marie B., couvrieraient des pages. Sans doute ne parvenait-on pas tous les jours à reprendre la conversation sur le ton de la veille. Mais l'attitude de la malade se modifiait à mesure qu'elle se confiait à son docteur. Elle réduisait ses phases d'excitation. Son humeur se faisait plus égale. Au début de 1924, elle avouait :

« Les idées sont toujours les mêmes, mais je suis épuisée. Je ne suis plus bonne que pour me reposer, et ne peux plus donner de fêtes... Jamais, je n'aurai pensé, mon petit lapin, que je ferais dans mon lit, mais ce n'est pas ma faute. J'en ai honte. Une femme souffre de ces choses. C'est déjà vexant quand on est bien portant d'aller au W.-C. ».

Elle ne mange pas, dit-elle, parce que la vie la dégoûte. Elle rêve parfois la nuit qu'elle tombe dans un précipice ou que dans la campagne, elle se baisse pour cueillir des fleurs, mais qu'au moment de les saisir elles sont fanées.

« Dans l'enchantement, dit-elle, j'ai été tout ce que j'ai voulu. J'ai même fait des bêtises. J'ai été morphinomane, cocaïnomanie. J'ai eu des amants. L'un d'eux s'appelait Emile X... (C'est justement le nom du jeune homme qui la demanda en mariage.) Je ne l'aimais pas. Il était dans le commerce. C'était un bon cœur, mais j'ai des

goûts de richesse. Je suis difficile à contenter. Je suis peut-être d'essence royale...

« L'enchantement, c'est le résultat d'une puissance de manœuvrer choses et êtres comme on veut... »

Marie B... dut changer de docteur. Elle en éprouva le plus vif chagrin. Le nouveau venu en 1924, rencontre une hostilité, une réticence, une ironie injurieuse, indomptable. Il n'est pas possible d'ausculter les poumons de la malade qui, elle le sait, sont atteints de bacillose depuis longtemps. D'ailleurs, elle se voit maigrir et se sent fatiguée. Elle accepte les conseils et reste couchée.

Mais si elle refuse tout examen physique ou mental, elle montre au cours des conversations suivantes, un souci prononcé de justifier son honorabilité.

« Je suis une jeune fille qui vivait auprès de sa mère. Je ne suis pas ce que vous croyez. Vous êtes incorrect de venir vous asseoir auprès de mon lit sans que je vous y ai invité. Je n'ai jamais fait la noce. Je n'ai pas eu d'aventures. »

Dès que la conversation porte sur un autre sujet que celui de son état pathologique, elle se montre aimable, sait donner la réplique et ne décèle aucun affaiblissement intellectuel. Elle vague très lentement à quelques travaux de broderies.

Progressivement la bacillose s'aggrave. Marie B... a conscience de son état et sollicite les soins. Au printemps 1925, elle néglige ses anciennes recherches de costume, ses maquillages. Elle lit les journaux et se distrait des

illustrés amusants. Elle déclare ne plus rêver depuis plusieurs semaines. « Autrefois oui... mais maintenant, je n'en ai plus le goût. » La nécropsie opérée en septembre 1925 ne révèle microscopiquement aucune lésion cérébrale.

Parmi les nombreuses remarques soulevées par de semblables observations et rapportées ailleurs, il en est une que nous rappellerons. En dépit des apparences, les schizophrènes rêveurs sont prisonniers de leur psychose, indépendamment de toute intervention extérieure dont l'effet activant est pourtant certain.

Soit par déviation, soit par insuffisance d'élan vital ils se complaisent, semble-t-il, dans une existence isolée indispensable à leur stabilité psychique. Celle-ci paraît se suffire à elle-même sans avoir besoin d'appui dans la réalité. Il y a là une perturbation affective qui fait un des objets principaux des recherches pathogéniques.

2^e GROUPE

Rêveurs dissociés

*L'expansion psychique compensatrice contraste
avec l'activité pragmatique à peu près maintenue*

OBSERVATION 6. — Schizose érotomaniaque et mégalomaniaque, évoluant depuis quinze ans, conciliant l'activité psychique et pragmatique du sujet. Automatisme mental sur le mode spirite. Légers troubles du comportement. Intégrité des facultés intellectuelles.

Mlle P. a mené l'existence la plus mouvementée. Livrée de bonne heure à elle-même, d'un tempérament renfermé, méditatif et timide, elle se rappelle avoir éprouvé une émotion profonde, en 1885, à l'âge de 11 ans 1/2 au cours d'une période de retraite religieuse à l'occasion, dit-elle, de sa seconde communion. Elle a eu la révélation qu'il lui était réservé une mission divine. Les hallucinations psychiques de cette époque n'eurent pas de suite immédiate.

Après plusieurs tentatives de mariage, Mlle P. sans famille, sans dot, se résoud à prendre un ami. Elle a 23 ans, elle veut un enfant pour améliorer son état de santé troublé par des menstrues irrégulières et douloureuses. Elle veut aussi sortir de la misère.

C'est ainsi qu'elle entre à Nice dans un milieu d'ar-

tistes où elle mène la vie d'aventure. Elle cite le nom d'artistes célèbres pour lesquels elle a fait foyer. En vérité, elle n'est pas sûre qu'on l'ait aimée réellement, car les épanchements de son affectivité n'ont jamais éveillé de durables échos. Mais cette existence active avec des hommes de talent l'intéresse. Elle cherche à être pour eux non point une compagne de plaisir, mais une amie partageant leurs préoccupations d'art.

A partir de 1910, c'est le déclin. Mlle P. arrive à la quarantaine. Elle n'a pas eu d'enfants. Elle est peu à peu abandonnée. Alors commence pour elle une phase d'introspection qui déclanche en 1913 un second épisode d'hallucinose, au cours duquel reparait l'émotion ressentie en 1885. Mlle P. converse avec Dieu sur le mode spirite en ces termes :

La voix a demandé : qui êtes-vous ? J'ai répondu mentalement : Mais moi, mon Dieu. Vous le savez bien puisque vous me connaissez. — La voix répète comme à un tiers : D'où vient qu'elle répond qu'on la connaît ? — Mais oui, mon Dieu, vous savez bien le jour de ma seconde communion — la voix, ironique : Oui, mais, on a un amant. — Oui, mon Dieu, vous me l'avez permis. — Bien, mon enfant ; tu es prête ? — Oui. — On t'emploiera.

A partir de cette époque des dialogues mentaux semblables se succèdent que Mlle P. prend l'habitude d'enregistrer par écrit. Elle ne modifie en rien pour cela son genre de vie, attendant d'autres directions, qui ne vien-

nent pas. Elle se contente de vivre maritalement avec « de braves gens » dit-elle, et plus ordinaires — non point pour son plaisir mais pour le leur. Elle vit dans l'espoir du rôle que Dieu lui réserve.

Toutefois, elle croit éprouver l'action d'esprits et se met en relation avec d'autres milieux spirites, avec une cartomancienne. Elle se plaît à poser des questions par écrit, auxquelles les esprits répondent par sa main qui se met à écrire automatiquement. Son cerveau à elle ne s'aperçoit plus de rien. Ils sont une quinzaine d'abbés qui la protègent sauf un qui lui dit des sottises.

C'est ainsi qu'elle apprend qu'elle devrait se marier; qu'une fois mariée, elle serait très puissante; qu'elle n'est pas la fille de sa mère mais qu'il y a eu un changement dans son berceau; qu'elle est la fille de l'Empereur d'Allemagne; Frédéric de Prusse serait son frère. Elle en doute: c'est tellement fantastique. Sa mère le savait et l'a dit à l'un de ses amants auquel elle n'ose pas reprocher de l'avoir laissée dans le doute au sujet de son origine. Cette révélation lui explique bien des choses. Mille histoires fantastiques s'élaborent dans lesquelles le roi d'Italie, l'empereur d'Allemagne, les relations de sa jeunesse sont mêlés. Une fécondité formidable d'imagination se déploie dans laquelle Mlle P. s'absorbe.

En 1924 elle fait un séjour de trois mois dans un asile pour délire d'influence spirite avec idée secondaire de persécution et de grandeur. Elle garde de ce séjour le plus mauvais souvenir. Elle a failli en devenir folle, et dans la crainte d'être internée encore, elle n'ose plus raconter ce qu'elle éprouve à des docteurs. Elle continue

néanmoins ses entretiens par écrit et pose des questions et y répond. Elle enregistre les réponses en plus gros caractères.

L'existence quotidienne de Mlle P., régulière, ordonnée, établit le plus parfait contraste avec son activité psychique. Elle va en Angleterre, passe à Paris, rentre chez elle sans aucun trouble du comportement. Sans doute attribue-t-elle ses voyages à des obligations sociales derrière lesquelles se cache sa pensée autiste, il n'en demeure pas moins que depuis plusieurs années, elle vit librement et correctement.

Son état de santé générale est bon. Dans ses antécédents héréditaires on relève l'internement de la mère en 1906 pour démence sénile avec hémiplégie droite.

OBSERVATION 7. — Schizozie de rêveries à thème énorme et sans cohérence. Début par épisodes d'excitation aiguë de 1914 à 16. Depuis, conservation du thème autistique sans trouble de l'activité pragmatique.

T. n'avait manifesté aucun trouble mental jusqu'à la mobilisation en 1914. Ajusteur-mécanicien, père de deux enfants, il menait avec les siens une vie de famille heureuse dans la modestie de sa condition.

Ses débuts de guerre sont difficiles. Il se plaint de l'accueil méprisant qui lui est fait au régiment. La lutte armée le jette aussi dans le trouble le plus profond. « Au régiment on m'a fait des crasses, dit-il. On ne m'a pas habillé. On me traitait de tireur au flanc. Tout le monde m'en voulait », etc... Les détails manquent sur cette période au cours de laquelle ont dû se développer les premiers signes de déséquilibre psychique.

En septembre 1914, T. est réformé. Il rentre chez lui triste, déprimé. Au cours de ses insomnies, il entend des voix dans sa tête: Il faut qu'il s'en aille. — Ça y est. — On va venir. — On va le prendre pour le tuer. — Sa femme le trompe, elle veut s'en aller avec un autre.

Après un mois de traitement à Clermont, T. reprend son travail d'ajusteur. Mais peu après apparaissent des idées de grandeur qui le ramènent à l'asile sur la plainte des voisins et du propriétaire.

La crise dure six mois au cours de laquelle T. expose les idées les plus extravagantes. Les usines où il travaille sont à lui. Il n'a pas besoin de travailler. Il a beaucoup d'argent. La guerre ne finira pas sans lui. — Il faut qu'il y aille — Il est Judas.

En août 1915, T. peut reprendre son travail d'ajusteur. Il gagne 26 sous de l'heure. Il est calme et mène dans sa famille la vie la plus régulière. Le 7 août 1916, son entourage est fort surpris de le voir écrire deux lettres au Président de la République, qu'il tient à porter lui-même à l'Elysée. Deux jours après il y retourne, insiste pour avoir audience du Président, et se fait arrêter.

A son arrivée à l'asile Sainte-Anne, le 11 août 1916,

on établit sur le cas le certificat suivant : Excitation maniaque probable, avec désordre des idées et des actes — agitation — fugue. Idées de grandeur absurdes. Arrêté au Palais de l'Elysée au moment où il venait chercher auprès du Président de la République la réponse à deux lettres qu'il lui avait écrites la veille. Il projetait d'arrêter la guerre. Il réclamait aussi la réparation d'une injustice, la reconnaissance de ses droits, etc...

Au poste, divagations incohérentes. A l'infirmerie, turbulence, insoumission. Accalmie les deux jours suivants avec persistance des idées mégalo-maniaques. Déjà deux fois interné à Clermont (Oise) en 1914 et 1915 pour accès semblables. Sorti de Clermont le 15 août 1915.

Par une remarquable coïncidence, le jour même où T. inspirait par son attitude un semblable certificat, il écrivait à sa femme d'une écriture correcte la lettre suivante communiquée depuis par la famille.

« Paris, le 11 août 1916 — A Mme T., rue B. (S.-et-O.)

« Ma petite Jeanne,

« Me voilà et nous voilà ainsi que les deux gosses, sans oublier celui qui est sur les constructions (la femme est enceinte) dans une situation sans encombre ! Tu embrasseras bien pour moi les deux rejetons, en attendant que je puisse les embrasser ainsi que toi. Maintenant tu peux venir me voir, le plus tôt que tu pourras — avec ce que tu voudras, car, comme tu sais que j'ai les mains vides et le peu de tabac que j'avais, je l'ai fini de fumer aujourd'hui. Je suis à Sainte-Anne et, ma foi, j'attends que l'on me lâche car tu sais comme moi que je ne suis

pas malade pour être dans des maisons comme cela. Je compte sur toi. J'ai passé trois jours à la Santé et l'on m'a transféré hier où je suis. Maintenant comme je sais que la bourse est minime, si tu ne peux pas venir, écris-moi le plus tôt possible. J'ai demandé ma sortie un peu partout et je crois que c'est pour pas longtemps. Car le mal que j'ai fait est encore à faire comme tu le sais. Tâche de me donner la main pour cette sortie, car si j'avais su que l'on m'arrête, je t'aurais dit de ne pas venir avec moi. Je pense que ma lettre te trouvera en bonne santé ainsi que les deux mômes.

« Je suis toujours comme par le passé pour toi, sans oublier les enfants comme tu dois le comprendre et que tu sais.

« Pour la nourriture tu n'as qu'à aller à la mairie. Tu as droit aux allocations et fais ressortir celui qui est dans toi et qui compte comme les deux qui voient le jour. Je pense que ça sera la dernière fois car pour me déranger maintenant c'est pas la peine, car j'ai des bras pour travailler et élever mes gosses, car je sais que tu dois être passablement ennuyée avec les deux gosses et être toute seule et savoir que je suis enfermé et sur le point d'un troisième qui n'est pas encore sorti.

« Compte sur moi et ne t'ennuie le moins possible. Je compte sur toi.

« Ton Emile qui t'aime. Ton mari Emile.

« Si je suis enfermé, ce n'est pas de ma faute et si je pense à toi, c'est que je t'aime et suis toujours pour toi ton Emile. »

L'examen de cette lettre permet de relever à côté de quelques traits insignifiants d'excitation, une cohérence parfaite et un étonnant esprit de discipline.

Le 22 septembre, soit un mois après son entrée, T. est rendu à sa famille. Son certificat de sortie mentionne : Déséquilibre psychique. — Psychose périodique. — Alternance d'excitation et de dépression. Idées délirantes de grandeur de nature imaginative, à caractère fantastique, à projection illimitée dans le passé et dans l'avenir. Etat actuel de calme et de lucidité. Persistance de la croyance à la réalité du thème délirant dont le malade ne parle plus spontanément. Dissimulation intentionnelle des convictions morbides. La femme du malade s'engage à le surveiller.

Depuis cette époque jusqu'à aujourd'hui il remplit ses devoirs de père et de mari, travaille à l'usine et gagne suffisamment pour assurer la prospérité des siens. Chez lui il recherche la solitude. Son irritabilité est tempérée par sa bonhomie. Et pourtant il n'a rien oublié de son thème délirant. Au cours de son internement et depuis lors au cours de visites qu'il fait à la consultation de la clinique, en 1917, en 1919, en 1921, en 1925, il tient des propos semblables. Il se complait à ses récits extraordinaires, fantastiques et désordonnés. Il les invente avec satisfaction. Il a réponse à tout et se met parfois à rire lui-même de ce qu'il avance. Ses dires émanent d'un désir de supériorité absolue dans le temps et dans l'espace dont il ne peut se départir. Il déplore ce qui lui est arrivé avec le détachement d'un spectateur timoré. S'il avait su qu'on l'internerait, à coup sûr, il n'aurait pas fait ce

qu'il a fait (interrogatoire du 25 août 1916). A l'atelier, il ne parle pas de tout cela, on se moquerait de lui (interrogatoire de novembre 1925).

« C'est moi Judas. Judas a fait tous les grands hommes : Charlemagne, Charles-Quint, Louis XIV. C'est moi qui ai fait ces personnages. Ma mère aurait dû m'avertir à 6 ans qui j'étais — et puis elle a oublié. Je n'ai su qu'au commencement de la guerre quel personnage j'étais. On a cherché à me faire disparaître, etc...

« Etre Judas, c'est utile. Avec ça on peut voyager pour rien. On peut avoir des secours. On a des égards que les autres n'ont pas. On a du commandement mais on n'en abuse pas.

« C'est mon degré. C'est moi le plus haut. Je commande tout ce qu'on doit faire. J'ai toujours été Napoléon.

« Je suis allé dans le soleil, les étoiles. La guerre est au soleil aussi. Il se passe là haut des choses terribles. Je suis ici pour avoir fait mon devoir. Judas s'est toujours reconnu aux méchancetés qu'on lui a faites.

« Je suis le père de Jésus-Christ. Il est un de mes enfants. La voix de Dieu ne m'approche pas. Je ne reconnais pas les dieux. Je ne connais que les hommes.

« C'est moi qui ait fait la terre et ses environs.

« J'étais singe et vivais sur les arbres. Auparavant j'étais tortue, lièvre, lapin, sanglier.

« Ça dure depuis trois millions d'années. La métempsychose. Il y a cinquante ans j'étais chez les Bourbons. Je suis mort à deux ans. C'est moi qui ai fait Louis XVI.

« J'étais le mari de Marie-Antoinette.

« J'ai mangé de l'acier, du mercure, de l'aluminium parce qu'on ne voulait pas me reconnaître pour m'assurer la supériorité. J'ai même mangé du tabac et des allumettes.

« Je ne me rappelle pas tout ce qui m'est arrivé. Mais des téléphonies sans fil me le disent qui viennent de personnes qui commandent dans les astres, des voix d'esprits, des signes qui passent devant les yeux, des rayons solaires, etc., etc... »

T. parle ainsi et ne tarit point. Il n'attribue à ses dires qu'une créance toute intellectuelle. Il ne transpose pas ses conceptions imaginatives dans le réel. A vrai dire il l'a essayé au début au cours des épisodes aigus qui ont motivé ses internements. Mais il a rectifié ses conceptions avec une promptitude et avec une franchise qui ne sont pas celles d'un paranoïaque.

Il n'est pas non plus le jouet d'un automatisme mental qui détermine des fautes graves dans son comportement. Il est fixé depuis des années dans une activité psychique qui l'aide, semble-t-il, à mener son existence avec régularité.

La périodicité signalée au début a disparu dans la suite. T. s'est installé dans sa réaction schizophrénique à la suite d'épisodes aigus assimilables aux bouffées délirantes de Magnan.

OBSERVATION 8. — Sous le titre de schizophrénie fruste à forme de rêverie Wisel, de Varsovie, a publié (1) l'observation suivante dans laquelle on retrouve, sous une analyse minutieuse, les caractères déjà décrits auxquels s'ajoute cette particularité de certains rêveurs à élaborer un compromis entre leur existence réelle et leur vie autiste si bien qu'ils s'enferment dans une sorte de dissociation nécessaire à leur stabilisé psychique.

« Mlle A. M., âgée de 25 ans, vient me consulter pour la première fois en 1920. Elle me fournit les renseignements suivants : Personne dans sa famille n'aurait présenté de troubles mentaux. Elle était, dès sa plus tendre enfance, tranquille, renfermée, triste, très impressionnable. Elle n'aimait pas prendre part aux jeux d'autres enfants, évitait la société et se réfugiait volontiers dans un monde imaginaire. Elle se passionnait pour les livres de voyages et commence à rêver d'un voyage dans un pays lointain et exotique. Elle cherche à développer en elle les aptitudes nécessaires pour un tel voyage, fait de la gymnastique, s'entraîne à faire des sauts ; habitue sa vue aux rayons du soleil, jeûne, etc... Ces projets l'occupent pendant plusieurs années. Mais son imagination ne s'en tient pas là. Tout livre, toute pièce de théâtre, devient pour elle le point de départ d'un travail imaginaire ; elle se voit l'héroïne de situations extraordinaires et son imagination se peuple de tableaux fantastiques.

Plus tard apparaissent des phénomènes obsédants. Il lui arrive brusquement, sans aucun motif, de s'age-

(1) Wisel : Schizophrénie fruste. Annales médico-psychologiques, Paris mai 1926.

nouiller, de jeter un livre, de se mettre à prier. Elle blasphème aussi contre Dieu sans raison plausible. L'obsession du doute aussi s'empare d'elle. En se promenant dans le jardin elle doute si les fleurs qu'elle voit sont réellement blanches et si sa sœur les voit de la même façon qu'elle. Certaines phobies apparaissent également.

En ce qui concerne le côté sexuel de sa vie, la malade se rappelle que, dans son enfance et au moment de la puberté, il lui arrivait de martyriser des animaux ; elle ressentait alors un plaisir sensuel. Quand on lui faisait du tort, quand on l'humiliait ou même quand elle s'imaginait simplement que quelqu'un agissait brutalement à son égard, elle éprouvait un plaisir analogue. Des traces de ce masochisme persistent jusqu'à présent.

Au moment de la puberté, elle ne ressent consciemment aucun désir d'ordre sexuel ; elle refoule soigneusement toute manifestation érotique. Cette attitude lui est dictée par son éducation ultra-religieuse. Plus tard, des désirs sexuels pénètrent dans sa conscience, mais elle continue à considérer tout plaisir sexuel comme un péché mortel. La simple image d'un baiser signifie pour elle une déchéance morale. Cependant des idées de cet ordre l'assaillent. A l'âge de vingt-deux ans, elle écrit dans son journal ce qui suit : « Je dois avoir une nature Bizarre, je pense bien souvent à des choses inconvenantes, je crois être sensuelle et pourtant je ne puis aimer aucun homme. Je n'ai jamais éprouvé le désir d'embrasser aucun homme ; au contraire, j'ai toujours éprouvé l'impression qu'un tel baiser me remplirait de dégoût. » C'est ainsi qu'une lutte constante se déroule

entre ses désirs sexuels et les préceptes moraux qui lui avaient été inculqués.

La malade commence de bonne heure à inscrire ses pensées et ses désirs dans un journal intime. Elle continue ce journal d'une façon régulière, pendant de longues années. Ce journal est un document psychologique du plus grand intérêt. Nous y puiserons largement, pour reproduire l'état d'âme de notre malade.

Dès le début, notre malade signale dans son journal que son imagination était travaillée depuis longtemps par l'idée d'avoir des enfants extraordinaires. « Je me souviens, écrit-elle, que cette idée d'être la mère de grands hommes était en moi depuis longtemps. Mais ce n'est que le 18 janvier 1917 que cette idée se précisa brusquement et m'éblouit comme un éclair. Je me rappelle encore fort bien que la veille j'avais lu le livre de Schuré « Les Grands Initiés ». Cette lecture produisit sur moi une impression particulière, surtout la suivante : « Marie offrit son fils à Dieu encore avant sa naissance. » L'idée me vint subitement : elle savait comme moi. J'étais très émue. Le matin, au réveil, la pensée surgit comme la foudre. Je me levai en sursaut, une grande clarté se fit en moi, puis ce fut une phrase courte et puissante, tellement puissante qu'elle me fit mal. Je ne sais plus au juste si j'ai entendu cette phrase ou si je l'ai vue ; je crois plutôt l'avoir vue, non pas devant les yeux, mais en moi-même. »

Quelle fut donc cette pensée extraordinaire qui réveilla notre malade dans cette mémorable journée du 18 janvier 1917. Voici ce qu'elle écrit à ce sujet : « L'idée

de mettre au monde un homme qui conduira derrière lui toute l'humanité s'empara de moi. Depuis elle est le sens de ma vie. J'ai lu récemment le livre de Mickiewicz « La Littérature slave » et je me suis aperçue que je n'étais pas unique de mon genre dans mon peuple. D'autres polonais avaient pressenti l'idée qui m'obsède. J'étais en communion d'idées avec tout un peuple. Je ne connais dès lors plus de limites. Je ne puis plus me dire avec angoisse : insensée que tu es, arrête-toi tant qu'il est temps. Je vais jusqu'au bout. Je veux donner à l'humanité un Homme-Dieu. Je suis parfaitement lucide et je me rends compte de ce que je dis. Oh ! Dieu, je t'en supplierai, je t'implorerai, je lutterai jusqu'au bout, je forgerai des armes de mes larmes, de ma folie ; Tu peux me tuer, je me sens même déjà malade, la fièvre me consume. Mais si je meurs maintenant, tu sais que je continuerai à vivre dans mon peuple sous une autre forme. Mon Moi ne périra pas. Je me sens digne de devenir la mère d'un génie. Je n'ai pas encore conçu son corps ; mais je sens déjà en moi son âme. J'ouvre toute grande mon âme pour accueillir l'esprit.

Depuis, la malade vit dans un rêve ininterrompu, elle attend l'instant sacré où elle mettra au monde un génie, l'Homme-Dieu, le Sauveur de l'humanité.

Quelque temps après le jour de cette grande révélation, elle écrit dans son journal : « Je vis dans un état d'extase constante ; surtout le matin au réveil, j'éprouve une si grande jouissance, en pensant au bonheur et à la grandeur qui m'attendent. Je prie alors et prononce presque inconsciemment les paroles suivantes : « Me

voici appelée à donner la vie à l'être qui conduira l'humanité vers les cieux. »

La malade commence maintenant à développer son thème de maternité future. Elle conçoit la grossesse comme le plus grand bonheur possible pour elle : « Je rêve souvent, écrit-elle, à l'époque où je serai enceinte. Toutes les souffrances me paraissent acceptables. Je me sens si heureuse à la pensée que je suis femme et que je serai mère. » Dans ces rêveries pénètre cependant petit à petit une note discordante, celle de la nécessité de trouver un père pour son futur enfant. « J'ai déjà vingt-deux ans, écrit-elle, et je n'aime aucun homme et je ne suis aimée par aucun d'eux. Je n'ai pas le courage de plaire aux hommes. » Mais elle ne perd pas courage. « Je crois malgré tout, continue-t-elle dans son journal, et la foi ne fait-elle pas des miracles ? » Elle est de nouveau rassurée. « Mon Dieu, écrit-elle, que je serais heureuse si je pouvais passer les mois de ma grossesse en Terre Sainte. C'est là-bas, Jésus, que je vais Te supplier de daigner me regarder et de prendre mon fils sous Ta protection. Oh ! Jésus, fais que mon fils devienne ton apôtre. »

Ce sentiment de bonheur n'est cependant guère stable en elle. Par instants, elle se sent envahie par le doute. Elle se demande alors si elle est dans le vrai. « Mon Dieu, écrit-elle, ou bien tu m'as choisie réellement, ou alors je suis folle et possédée par le diable. Si c'est ainsi, protège-moi et console-moi. Si telle sera Ta volonté, je comprendrai instantanément, si je dois poursuivre mes idées ou s'il me faut m'arrêter et faire

pénitence. Je t'en supplie, mon Dieu, veuille me venir en aide. Je crains de pécher par excès d'orgueil, mais je crains aussi de renoncer à mes rêves pour que tu ne me dises pas un jour : Je t'ai comblée, mais tu n'as pas su te servir du trésor que je t'ai confié. Mon Dieu, je te supplie de m'éclairer. Serait-ce la folie qui m'inspirerait des idées pareilles ? » Ces instants de doute sont de courte durée. Elle continue dans son journal : « Dieu m'a faite femme. Il m'a prédestinée à être mère. Mon corps en témoigne et mon âme qui aspire à la maternité le fait également. Jésus, si notre Père voit que j'ai besoin de me nourrir et de me vêtir, il voit aussi que j'ai besoin de devenir mère. Mon Dieu, je suis comme la terre fertile qui attend le laboureur qui viendra l'ensemencer. »

Cette dernière exclamation est à retenir. Nous voyons percer en elle, en dehors du désir conscient de devenir mère, le besoin inconscient de jouissances d'un autre ordre. Ce besoin devient de plus en plus fort. Quelque temps après, la malade écrit : « Mon Dieu, si Tu l'avais voulu, j'aurais pu rencontrer aujourd'hui l'homme qui serait devenu sur terre le père de mes enfants, mais je ne Te tente pas. Tout mon être crie en moi : « Plus vite ! plus vite ! » Plus caractéristiques encore sont les paroles suivantes : Je me prosterne devant toi, Jésus, et je t'adresse une prière ardente ! Entends-moi. Donne-moi un mari, afin qu'il vienne féconder mon sein. Mon Dieu, fais que nous nous rencontrions le plus tôt possible. Jésus, l'esprit de mon fils existe déjà, tandis que mon sein stérile palpète dans

l'attente d'enfanter son corps. » Un événement réel vient interrompre à cet endroit la confession, faite jusque-là uniquement de rêverie, concernant la maternité et la mission à remplir. Un flirt avec un jeune homme, ancien professeur de notre malade, se place ici. L'idylle prend fin bientôt, mais elle a permis à notre malade de se rendre compte jusqu'à quel point elle était dominée par ses sens. Toutefois, après la rupture, elle commence à refouler à nouveau ses désirs et se replonge dans son monde imaginaire. Voici ce qu'elle écrit à ce moment : « Disparaissez, pensées susceptibles de me détourner du droit chemin. Je ferai, je le jure, tous les sacrifices nécessaires pour atteindre mon but. Je m'adresse à vous, — saints protecteurs de la Pologne et apôtres polonais, qui certainement n'avez pas cessé d'aimer notre patrie dans l'au-delà : je vous supplie, intervenez en ma faveur, aidez-moi, demandez à Dieu de me donner des forces et du courage. Ma victoire sera la victoire de toute la Pologne. » Plus tard, elle écrit ce qui suit : « Je veux me marier, je veux avoir des enfants : la maternité, c'est ma vie, c'est mon travail, c'est mon patriotisme, c'est mon bonheur, c'est moi-même, c'est moi. Rien n'existe en moi en dehors de la maternité ». Ces pensées et ces sentiments tellement puissants et contradictoires, finissent par faire naître en elle la pensée qu'elle devenait folle. Un jour, elle note dans son journal : « J'ai passé une nuit blanche, je crains de devenir folle ».

Le drame dont il est question dure depuis deux ans déjà. Nous sommes en 1919, année qui, comme le dit la malade elle-même, a été fatale pour elle. Sa foi en sa

mission et même sa foi en Dieu sont ébranlées. En plus, elle tombe malade ; elle tousse et a de la fièvre. Affaiblie au point de vue physique, épuisée par la lutte morale, elle n'abandonne cependant pas encore la partie et malgré le sentiment de déception, toujours croissant, sa pensée se dirige encore de temps en temps vers les tableaux tentants et fantastiques de son monde imaginaire. Mais sa maladie la préoccupe de plus en plus. Elle se demande si une mort prématurée ne viendra pas arrêter l'accomplissement de sa mission. De là, d'une part, un sentiment de détresse profonde, et, de l'autre, un sentiment de révolte contre Dieu. « Mon Dieu, écrit-elle, tous ces temps-ci, je me sentais tellement éloignée de Toi que je ne pouvais même pas prier. » Mais, ensuite, elle semble de nouveau se réconcilier avec Dieu : « C'est plus fort que moi, mais je dois croire en moi-même. Je sens que j'ai été choisie pour une grande destinée. Quand je m'en rends nettement compte, tout s'apaise en moi et je ne comprends plus comment j'ai pu douter et perdre confiance. Je suis fière aujourd'hui, fière comme doit l'être une femme qui sait qu'elle mettra au monde un homme esprit ».

En 1920, elle lutte encore, elle ne peut se résoudre à renoncer à son rêve, mais l'idée qu'elle pourrait être atteinte de troubles mentaux, se fait jour de plus en plus. Elle écrit ce qui suit : « Je tombe dans un précipice ; je ne sais ce que je deviendrai. Je sens qu'un grand changement est survenu en moi au cours de ces derniers mois. Je doute de moi-même. Je me demande de plus en plus si ma vie n'est pas une hideuse et épou-

vantable comédie, si je ne serais pas atteinte au point de vue mental, si tout ce qui me faisait vivre jusqu'à présent ne serait qu'un mirage de mon imagination malade. Je doute de tout. Mais si ce que je croyais mon but n'est qu'une risée, je préfère mourir. Ceci au moins est en mon pouvoir. Quant à ce journal, je l'intitulerais « Les Mémoires d'une Folle » et je l'enverrai à un psychiatre. » C'est sous l'influence de ces idées que le malade alla voir le Dr F... tout d'abord et vint me consulter ensuite.

Au cours du premier examen, la malade se montra déprimée, anxieuse, timide, larmoyante. Elle ne me laissa pas pénétrer dans son monde imaginaire et me dit simplement qu'elle était aux prises avec divers doutes d'ordre philosophique. Elle voudrait savoir à tout prix si Dieu et la vie éternelle existaient oui ou non. Ne pouvant trouver une réponse satisfaisante, elle se sent très malheureuse. Chaque fois que j'essayais de parler d'autre chose, la malade devenait réticente. Elle se comporta ainsi au cours de la première consultation et il en fut de même au cours des consultations suivantes.. Elle ne me dit rien non plus de ses mémoires. Ce n'est que quelques mois plus tard qu'elle me les confia.

Depuis ce moment, la malade devint plus confiante. Elle me dit qu'en dehors des problèmes philosophiques, les questions d'ordre sexuel la préoccupaient également beaucoup. Elle éprouvait des désirs sexuels, mais en même temps elle considérait ces désirs comme immoraux et essayait de les combattre. Elle estimait que les caresses ne servant pas directement à l'enfantement devraient être évitées. De là, un conflit constant dans son âme,

conflit d'autant plus aigu qu'à ce moment, tout en ayant abandonné l'idée qu'elle avait été choisie pour mettre au monde un Homme-Dieu, elle croyait encore que son fils serait un génie. Mais elle ne trouve pas de mari et ceci la fait douter de l'existence de Dieu : Elle se dit : « Si je n'ai pas d'enfant, c'est que Dieu n'existe pas, car si Dieu avait existé, il m'aurait certainement entendue ». Ne pouvant résoudre ce problème, elle entrevoit, comme seule solution possible, le suicide.

Progressivement, sous l'influence d'occupations professionnelles (la malade était institutrice), de lectures, de cours de psychologie et de philosophie, qu'elle suivait, ainsi que de mes efforts psychothérapiques (je cherchais surtout à détourner son activité de son autisme, à l'orienter vers des buts réels et à établir ainsi, dans la mesure du possible, un contact avec l'ambiance), l'état de la malade s'améliora progressivement. Des rapports intimes avec un de ses collègues contribuèrent également à cette amélioration. »

Il s'agit d'une malade qui, dès son enfance, présentait les signes d'une constitution schizoïde. Silencieuse, timide, renfermée, elle s'isolait du monde ambiant et même de sa famille la plus proche et se complaisait dans son monde autistique. L'imagination avait pris la place de la réalité. L'instinct sexuel avait été complètement refoulé, aussi bien dans l'enfance que, plus tard, quand elle devint jeune fille. Nous savons, cependant, que dans sa jeunesse elle avait manifesté certaines tendances perverses (sadisme et masochisme) sans se rendre compte

de la véritable portée de ses manifestations. Plus tard, ses désirs devinrent conscients, mais elle les réfrénait soigneusement pour des raisons d'ordre moral et religieux.

Ses rêveries furent innocentes et naïves au début ; puis elles prirent un caractère de grandeur. Elle se voyait appelée à accomplir une œuvre importante et croyait sentir en elle des forces créatrices qui restaient, cependant, comme entravées. « J'ai l'impression, écrit-elle dans son journal, d'être comme un grand artiste peintre auquel on aurait coupé les deux mains. »

La vie de notre malade est ainsi dominée par les trois facteurs suivants : 1° pensée autiste ; 2° tendance aux idées de grandeur ; 3° tentative avortée de refouler les désirs sexuels. Ces trois facteurs déterminent le tableau que nous avons retracé. Ne pouvant réaliser dans la vie ni ses désirs érotiques, ni ses idées de grandeur, la malade se réfugie dans son monde imaginaire : elle se voit mère et cette vision là satisfait entièrement. L'idée de maternité réhabilite devant sa conscience la libido refoulée ; d'autre part, elle lui permet de réaliser ses idées de grandeur, son fils devant un être un génie, un homme-Dieu, un sauveur de l'humanité. La grandeur de celui-ci rejaillira sur elle-même. Elle rêve à devenir une seconde Vierge Marie, sans se rendre compte que ces rêveries traduisent chez elle, sous une forme symbolique, des désirs érotiques. Pourtant les passages de son journal intime, cités plus haut, montrent nettement que tout son être est sous l'influence de tels désirs :

« Plus vite, plus vite, s'écrie-t-elle, que l'homme qui doit devenir le père de mon enfant vienne sans tarder ».

Puis vient le moment où elle commence à voir clair, où sa libido devient consciente. Cette transformation se produit sous l'influence d'un flirt avec un jeune homme. Elle avoue, dans son journal, que ce flirt lui fut très agréable et que, en dépit des remords, elle n'évitait aucunement les caresses, mais les recherchait au contraire. Ces tendances refoulées deviennent maintenant tout à fait conscientes et elle déclare, dans son journal, qu'elle « ne désire que ça ». Cette circonstance ébranle toutes ses idées antérieures, toute sa vie passée. Elle ne sait plus si elle doit voir encore dans la maternité une mission supérieure ou simplement une satisfaction des sens. Mais cette période de doute est très courte.

Ayant été obligée de rompre avec le jeune homme en question, elle refoule à nouveau dans l'inconscient ses désirs; dans le conscient, par contre, nous voyons réapparaître les idées concernant la venue au monde d'un fils, destiné à sauver l'humanité. Les doutes cependant reviennent et ne font que croître. Elle ne trouve pas de mari. En même temps, elle tombe malade et souffre de la poitrine. Une révolte contre Dieu commence à gronder en elle. Elle blasphème, mais, effrayée, implore ensuite son pardon. Enfin, de plus en plus déroutée, elle pense au suicide et finit par se demander si elle n'est pas atteinte de troubles mentaux.

Après cette analyse psychologique, il nous reste une question importante à résoudre : à quelle entité clinique appartient le cas étudié? Aurions-nous affaire à une sim-

ple psychopathe, présentant des signes d'une constitution schizoïde? Nous ne le croyons pas. Il est hors de doute que la malade possédait de tout temps une constitution schizoïde; elle présente cependant, maintenant, en plus des symptômes qui dépassent les limites de cette constitution telles qu'elles ont été précisées par Kretschmer et Bleuler. C'est que nous nous trouvons, chez notre malade, en présence d'un processus qui évolue progressivement, et ceci nous oblige d'admettre chez elle l'existence d'une véritable psychose. Il ne saurait être question dans ce cas que d'une psychose schizophrénique. Mais s'agit-il d'une schizophrénie ordinaire ou d'une schizophrénie manifeste? La malade, malgré son autisme et la tendance croissante à se confiner dans son monde imaginaire, ne perd pas entièrement le contact avec la réalité. Elle sait encore, en partie, s'adapter à la vie. Elle remplit consciencieusement ses devoirs d'institutrice. Personne des siens ne se doute qu'elle est malade. Nous devons ensuite tenir compte de la circonstance que sa rêverie reste toujours rêverie et si, parfois, elle prend les allures d'un véritable délire, ceci ne dure que fort peu, la malade rectifiant chaque fois elle-même les idées délirantes qui semblent vouloir s'installer ainsi.

Nous croyons, après tout ce qui vient d'être dit, que nous avons affaire ici à une schizophrène fruste, devant être rangée entre la schizoïdie, d'une part, et la schizophrénie, manifeste, de l'autre. Nous parlerons dans le cas particulier d'une schizophrénie fruste à forme de rêverie. »

OBSERVATION 9. — Rêverie mégalomaniacque sur thème romantique partiellement réel, développé par écrit dans de nombreuses lettres adressées à la personne aimée. — Assiduités exclusivement épistolaires, symboliques, avec altérations intermittentes du graphisme. — Constitution schizoïde. — Etat morbide remontant à plusieurs années sans troubles graves du comportement.

M... a 34 ans : dernier né d'une famille de cinq enfants normaux et bien portants, sans antécédents héréditaires, il affirme de bonne heure un caractère ombreux qui supporte mal les observations. Il s'isole et mène sa vie à part. Quand il sort, il ne dit pas où il va, il rentre tard sans s'excuser. Il passe des heures à dessiner, mais ne paraît pas vouloir choisir aucune carrière. Engagé militaire, il est envoyé au Maroc d'où il revient, après quatre ans de service, avec le grade de caporal. Toujours sombre, il se promène au hasard, l'air soucieux.

Plus affectueux avec sa mère, il n'a pourtant jamais été comme les autres enfants, dit le père. On ne l'a jamais vu rire. A la guerre, il est blessé six ou sept fois, mais ne prend aucun grade. Et depuis lors, ses tendances ne font que s'accroître. Invité à gagner sa vie, M. répond : « Je suis professeur de dessin à cent francs l'heure. » Il vit chez ses parents avec les ressources de la famille jusqu'en 1924, puis, par intermittence. A partir de cette époque, il manifeste une irritabilité grandissante. Fréquemment emporté à l'égard de sa mère, hostile à l'égard de son père, il trouble la tranquillité du foyer.

Ses premiers accidents pathologiques correspondent à cette période. Après quelque aventure sentimentale sur laquelle les renseignements manquent, il commence à poursuivre de ses assiduités épistolaires une dame, mère de famille, veuve de guerre, qui travaille dans un bureau voisin de celui où il a pu se caser lui-même.

« Je lui écrivais des lettres, dit-il. Dans ces lettres, je voulais lui marquer de l'intérêt. Comme elle était veuve et que je suis célibataire, nous aurions pu nous marier.

« Je ne lui ai fait jamais de demande précise ; mais je lui faisais comprendre ce que je désirais et je lui laissais le temps de la réflexion. Elle n'a jamais marqué d'encouragement par son attitude. De même, elle n'a jamais rien fait pour me décourager. Nous n'en avons jamais parlé. Nous ne nous voyons plus depuis deux ans. »

Et, pendant ces deux années, Mme X... reçoit des lettres de M... Lorsqu'elle porte plainte à la police contre lui, elle verse un centaine de ces lettres à l'appui de ses dires. L'examen de ces messages confirme la mentalité pathologique de M... Les unes en style correct, expriment des sentiments d'amour banal : « Je vous aime, je vous adore. Ma vie entière sera mille fois insuffisante pour vous prouver mon amour. » Les autres, à peine déchiffrables, sont empreintes d'images symboliques et de propos mégalomaniques : « Madame, le Roi de l'Infini sait pleurer, mais ne sait pas encore marcher dans les rieurs. Gaston qui vous adore, etc... » L'objet de son amour sera la déesse de l'infini, immortelle, comme

femmes des surhommes. Elle aura des châteaux. Lui, roi de l'infini, possède la théorie de la mort, communique et commande à travers les espaces. Il gagne 400 francs de l'heure.

De pareils propos se succèdent ainsi, sur un thème à peu près semblable, canalisant à la fois l'effectivité de M... et son imagination désordonnée. Il n'exprime aucune animosité à l'égard de Mme X... qui l'a fait arrêter. Il l'excuse en pensant que cette dame avait peur d'être compromise dans son quartier. Pourtant, il s'étonne que, veuve, elle ne veuille pas se remarier.

« Mes lettres, dit-il aussi, étaient devenues chose machinale. J'écrivais ce qui pouvait la distraire. »

Cette expansion psychique uniquement épistolaire eût pu durer longtemps. En effet, M... paraît éviter soigneusement tout contact direct avec Mme X..., tout au plus la suit-il de loin, parfois. Et, plutôt que de chercher l'occasion de lui faire quelque déclaration, il s'adresse à des amis s'occupant de sciences occultes pour leur demander d'influencer Mme X... à distance et de modifier ses sentiments en sa faveur. Puis, convaincu que Mme X... a des malaises dus à l'influence magnétisante qu'il ne peut entraver, il lui écrit ses regrets, et la met en garde.

Depuis son arrivée à la clinique, en 1927, M... conserve une attitude contrite ; il s'exprime peu, avec hésitation, il paraît poursuivre ses conceptions imaginatives. Il voudrait pouvoir écrire et communiquer avec Mme X... Il comprend également que cela n'est pas possible. Il est malheureux et cherche dans le dessin quelque compen-

sation. Il voudrait faire de la peinture qui se vende pour améliorer sa situation. Il cherche à composer des choses nouvelles, parce que, dit-il, « le public ne s'intéresse qu'à la nouveauté. Il vaut mieux peindre un arbre médiocre, mais composé de trois ou quatre couleurs associées de façon originale. On doit pouvoir s'astreindre à une sorte de création. »

M... s'emploie à de menus travaux et accepte volontiers la vie qui lui est faite. Il apprécie la tranquillité que lui laisse son internement, mais voudrait reprendre sa liberté, promettant de rompre complètement avec le passé.

3^e GROUPE

LES AUTOMUTILATEURS

Les deux observations suivantes présentent les réactions morbides les plus graves auxquelles peut aboutir la schizozie. Il s'agit d'actes d'automutilation consécutifs à l'activité autiste la plus accentuée. Loin d'être la conséquence de raptus mélancoliques, ou d'équivalents comitiaux ces automutilations préméditées et consenties sont symboliques et doivent concourir à rénover l'existence en libérant le malade de toutes les entraves qui enrayent son activité psychique. Ellé s'accompagnent d'une inhibition de la douleur tout à fait remarquable. Lorsqu'elles sont consommées, elles procurent au malade une détente semblable à celle éprouvée par l'obsédé, mais ici la détente paraît définitivement acquise. Enfin, l'automutilation ne paraît pas accompagnée d'un syndrome démentiel si passager qu'il soit. Le malade conserve, comme les dissociés, un contact relativement étroit avec l'ambiance.

OBSERVATION 10. — Automutilation chez un schizoïde rêveur. Indifférence affective, fugues, intégrité des facultés intellectuelles.

Albert P... (1) est né en 1902. Elevé en nourrice, au sein, il se développe normalement. Plus robuste que sa sœur cadette, il n'est jamais malade. A l'école, son assiduité est remarquée. Premier de la classe, il passe, en 1914, son certificat d'études primaires. Il a douze ans, et jusque-là ses parents n'ont guère remarqué chez lui qu'un naturel peu expansif, très doux et timide.

Eux-mêmes, gens sobres et travailleurs, sont bien portants. Le père, chauffeur d'auto au Crédit Commercial, ne se livre à aucun excès. La mère, de constitution plus délicate, a donné le jour à deux enfants, dont Albert, l'aîné d'une sœur plus jeune de trois ans. Elle n'a jamais fait de fausse couche. Il ne semble pas y avoir de tares héréditaires, d'après les renseignements obtenus. Le cas d'Albert apparaît être le premier accident d'ordre psychopathique survenu dans la famille.

Pendant les années de guerre, Albert P. est envoyé chez son oncle, fermier, qui, très content de lui au début, constate, en 1915 et 1916, une transformation complète de son comportement. L'enfant, qui a 13 ans, néglige son travail, ne prend goût qu'à l'oisiveté et à la rêverie et montre de l'insolence à l'égard de son entourage.

Les renseignements manquent sur cette période ca-

(1) Cette observation est due à l'obligeance de MM. R. Leroy et Nacht.

pitale où Albert P..., en pleine évolution de puberté, manifeste les premiers troubles psychopathiques.

Ramené chez les siens en 1919, les parents constatent que leur fils parle à peine et peut marcher difficilement. Il fuit le monde, sourit sans dire pourquoi, ne se tient pas à la conversation, manque continuellement d'attention et ne manifeste aucun sentiment affectif.

Il se livre à un onanisme intense. Il se montre indifférent à tout et à tous. Un docteur conseille un traitement par drap mouillé. Sa première fugue, en chemise, en plein hiver, date de 1920. Il est rattrapé aux Champs-Élysées. Il part à nouveau plusieurs fois pour se rendre en Limousin chez sa grand'mère. On compte 4 à 5 fugues avant son entrée au régiment en 1922. Car Albert P... ne montre pas de trouble mental réel. Il est bien orienté, satisfait à peu près ses patrons, chez lesquels il travaille comme plongeur aide-cuisinier, sans jamais rester en place bien longtemps.

Soldat, il réussit très bien, passe caporal, puis est rétrogradé « première classe » pour incapacité, et termine ses dix-huit mois sans accroc.

Revenu chez lui, on essaye de le présenter au concours de gardien de la paix. Il est accepté par l'autorité médicale, mais la tentative n'aboutit pas. D'ailleurs, Albert P... se contente volontiers de son emploi d'aide-cuisinier dans un restaurant, et là, limite son travail à éplucher les légumes et à faire la vaisselle.

Peu après son retour, il reproduit une fugue en Limousin, semblables à celles de 1922.

Et ainsi, de place en place et de fugue en fugue, peu

fréquentes d'ailleurs, il vit sous la surveillance de ses parents jusqu'à cette nuit mémorable du 20 juillet 1927, où, après 24 heures d'absence, sous l'effet peut-être d'une légère excitation éthylique, il rentre chez lui, prend un couteau de table, et s'émascule dans sa chambre, sans mot dire. L'opération dure plusieurs minutes : « J'ai pris un couteau de table, dit-il, pas très coupant. Je n'ai pas voulu me servir d'un rasoir de peur de me faire du mal en me coupant la cuisse. »

L'hémorragie ne s'arrêta qu'au bout d'une heure. Et après avoir passé le reste de la nuit sur une chaise pour ne pas souiller son lit, Albert P... repart à 5 heures pour son travail en se débarrassant de ses organes dans les W.-C.

Sa mère, au matin, constate les traces d'une hémorragie sur le plancher. Elle va le chercher au restaurant où il travaille. Elle l'y trouve, mais celui-ci répond placidement à son inquiétude : « Je sais ce que j'ai, je ne suis pas malade. » Il se refuse à rentrer chez lui et remplit son métier comme d'habitude.

Le lendemain, le père obligeait son fils à le suivre à l'hôpital Lariboisière, où l'on constata l'ablation totale de tous les organes virils. Depuis lors, son état physique est satisfaisant. Il a gagné, puis reperdu, une dizaine de kilogrammes dans les mois qui ont suivi l'automutilation.

Albert D... est interné après cicatrisation pour phénomènes impulsifs chez un schizophrène, rendant le malade dangereux pour lui-même et pour les autres.

Des différents examens qu'il a subis de la part des médecins qui se sont occupés de lui, il ressort qu'Albert P... docile, facile à traiter, fait à toutes questions des réponses pertinentes sans donner signe de déficit intellectuel. Mais il vit isolé, refermé sur lui-même, offrant, à l'interrogatoire sur le fond, les plus grandes difficultés d'entrer en contact avec sa pensée intime. On ne découvre chez lui aucun signe neurologique ou d'équivalents, permettant l'hypothèse de comitialité et de spécificité.

On est frappé d'abord par son regard méditatif et doux. Homme de petite taille, à la peau fine et pâle, mais sans signes énuchoïdes, Albert P... donne à son visage l'expression d'une amabilité féminine. Son indolence vient à bout de toutes les impatiences. Il se prête volontiers à tous les interrogatoires avec la plus parfaite indifférence. Il converse comme un camarade au courant de la vie, expérimenté et profondément satisfait. Ses explications toujours courtes, restent anodines et sur le ton le plus naturel.

A propos de ses fugues : « Je voulais m'en aller, l'idée m'en prenait dix minutes avant. » Il ne revenait pas de lui-même. Ses parents devaient aller le chercher. On n'obtient aucune explication sur ce point. Les sentiments d'Albert à l'égard de ses parents n'expriment pas d'hostilité, mais l'indifférence la plus parfaite.

Sa profession ne lui plaît ni ne lui déplaît. Il en faut bien exercer une. N'envie-t-il pas sa sœur qui est dactylo, son père qui est chauffeur ? Le métier de plongeur ne lui apparaît-il pas inférieur ? « Mais pas du tout, répond-il,

j'étais bien mieux qu'eux — car j'étais plus libre — eux n'avaient jamais de liberté ! »

Au sujet de l'automutilation à laquelle il s'est livré, Albert précise qu'il ne pouvait dormir depuis de longues années parce qu'il souffrait d'un état pénible d'excitation sexuelle. Cependant il n'avait jamais songé à s'approcher d'une femme. Cela ne lui disait rien. Pourtant il s'était débarrassé de tout cela « pour obtenir la tranquillité ». Il avait à peine souffert de l'opération elle-même, dont il montre sans ostentation, mais sans gêne, les vestiges cicatriciels, et se trouvait fort bien d'en avoir fini. La perte de sa virilité est pour lui un objet de véritable apaisement. « Je n'ai plus besoin de me marier », dit-il, avec satisfaction.

Dans le service où il est interné, son comportement est celui d'un homme qui se contente d'un rien. Il ne songe même pas à sortir. Il est heureux, à l'abri. Son humeur est égale. Il n'est pas apathique et s'acquitte quotidiennement des travaux qu'on lui demande. Mais il est lent et rêveur.

Il résulte de l'ensemble de cet examen, qu'Albert D... conserve un certain contact avec l'ambiance, qu'il est totalement dépourvu, en apparence, d'affectivité et d'élan vital, ayant extériorisé un autisme encore à reconnaître par l'automutilation consciente de ses attributs virils.

Il paraît possible d'éclairer les raisons de cet acte radical, le seul qui ait pu motiver son internement, en orientant les investigations d'après les données de l'anam-

nèse et de tâcher de préciser les rapports que cette ablation peut avoir avec :

a) Les états affectifs de sa vie enfantine :

b) Les événements qui se sont produits à l'âge de la puberté, pendant le séjour d'Albert à la ferme de son oncle ;

c) L'existence familiale à laquelle Albert se soustrait ;

d) Les fugues en Limousin.

La grande gravité de la décision prise par lui, ne saurait résulter d'une impulsion démentielle, que son comportement avant comme après exécution, ne confirme en rien.

Albert P... apparaît atteint de schizoïdie avec trouble de la sphère affective développé jusqu'à automutilation consciente et avec conservation de ses facultés intellectuelles, comme en témoigne son aptitude à gagner sa vie.

OBSERVATION II. — Une automutilation révélatrice d'un état schizomaniac (1).

Gaston F..., âgé de 30 ans, dessinateur en broderies, est entré à l'Asile Sainte-Anne, le 25 janvier 1924,

(1) H. Claude, A. Borel et G. Robin : Une automutilation révélatrice d'un état schizomaniac. Annales médico psychologiques, Paris, avril 1924.

à la suite d'une automutilation d'un caractère un peu spécial.

Il se promenait le matin du 11 décembre, sur le boulevard de Ménilmontant quand, arrivé à la hauteur du Père-Lachaise, il se mit à fixer le soleil et, recevant de ses rayons, l'ordre impératif de s'arracher un doigt, sans hésiter, sans ressentir aucune douleur, saisit entre ses dents son index gauche, sectionna successivement la peau, les tendons fléchisseurs et extenseurs, les ligaments articulaires au niveau de l'articulation phalango-phalangienne, tordit de sa main droite l'extrémité de son index gauche ainsi dilacéré et l'arracha complètement. Il tenta de fuir devant les agents, qui réussirent cependant à s'emparer de lui et le conduisirent à l'hôpital.

Tels sont les faits. Pour les expliquer et pour arriver à diagnostiquer ce cas, il est utile de décrire l'histoire du malade et d'analyser les mobiles de son acte.

D'après les renseignements fournis par son frère et par le malade lui-même, Gaston eut une enfance normale. Il était cependant d'une grande timidité, un peu sauvage et facilement rêveur. Intelligent, il apprenait facilement à l'école, eut son certificat d'études à 13 ans et travailla dès l'âge de 14 ans, d'abord dans la photographie, puis dans le dessin de broderies.

Il fit sans incident son service militaire à Toul, en 1913. Suspect de tuberculose pulmonaire, il fut réformé. Il fut repris en 1914 et réformé temporairement en 1915. Il fit le métier de marchand forain en articles de broderies, jusqu'à la fin des hostilités, recommença à être

dessinateur, mais désirait redevenir forain. En réalité, il avait tendance à vivre aux dépens de sa famille, tout en se montrant indifférent à son égard, aimant la solitude et la rêverie. Depuis deux ans, à la suite d'une discussion avec ses parents, qui lui reprochaient sa paresse, il vivait complètement retiré, restant parfois plusieurs jours sans sortir de sa chambre, s'alimentait insuffisamment, se complaisait dans la lecture des mystiques et des doctrines hindoues. Il se sentait, en les lisant, « se retirer de la vie directe ». Il aimait Nietzsche, les écrivains russes et faisait partie depuis 3 ans d'une secte : « Les veilleurs », chargés de sauvegarder la foi dans le monde.

Selon l'expression de son frère, il n'a pas la notion du temps, manque d'énergie, ne vit jamais dans la réalité. Il a toujours manqué du pouvoir de se réaliser.

Le malade acquiesce à un tel avis, mais selon lui « le fond de ses ennuis est une chose sexuelle, une chose ratée ». Il a toujours été timide, sauvage, parce qu'il se trouvait trop malingre pour être entreprenant avec les femmes. Cependant, il devint en 1907, l'ami d'une femme mariée, plus âgée que lui. Il s'attristait de ne pas gagner suffisamment d'argent pour lui proposer de vivre avec lui, de ne pouvoir faire sa vie avec elle, de ne pouvoir avoir des enfants (elle était hystérectomisée). Il semble qu'ils aient renoncé à toutes relations sexuelles dès 1918, sans avoir cessé de se voir.

En 1920, il l'a perdue de vue complètement. Cepen-

dant, son souvenir ne l'a pas abandonné. Il rêve d'elle (onanisme avec représentations de cette femme).

C'est sous le coup de cette déception amoureuse qu'il aurait éprouvé de l'ennui, le dégoût de la vie, se serait isolé de son milieu normal, qu'il trouvait mesquin, et aurait montré cette inactivité progressive qui le fit se brouiller avec sa famille. Et surtout, c'est à son chagrin qu'il attribue le fait qu'il ne faisait aucun progrès en peinture. En effet, à côté du dessinateur et du marchand forain, il y avait un autre homme, un artiste, un rêveur, portant aux choses de l'art un intérêt passionné. Au début de la guerre, le danger le rendant vigoureux, il faisait de solides dessins. Depuis, selon son expression, il n'était plus à la page. Ses amis peintres avaient évolué plus vite que lui. Il a senti leurs moqueries parce qu'il « était trop gras », donc « moins intellectuel » qu'eux. Il se sentait inférieur à ce qu'il aurait dû être. Son ancienne amie était peintre comme lui. Les souvenirs d'un amour déçu influencèrent défavorablement sa peinture, l'empêchèrent d'être stable, il le croit. Ses expressions sont pittoresques ; il lui « manquait la conscience de la réalité ». « Il sentait du flou en lui. » Ses dessins manquaient de solidité, de vigueur, de matière. Il prétend avoir souffert de la promiscuité de l'atelier où il travaille. Il est méfiant. Il n'aime pas les plaisanteries. Il y a quatre mois, il se serait battu avec un ouvrier qui l'aurait traité de pédéraste. Il croyait sentir peser sur lui le reproche de n'avoir pas été blessé pendant la guerre, et

d'après le malade lui-même, c'est un des éléments qui ont pu contribuer à l'automutilation.

Un autre élément, à son avis, serait le fait qu'il avait lu dans un journal que le mari de son ancienne amie, avait été blessé dans un accident de tramway, 10 jours avant sa mutilation. Il voulait accomplir un sacrifice comparable, dans le but d'expier le mal qu'il lui avait fait en lui prenant sa femme.

Mais il semble que les raisons les plus impérieuses de son acte doivent être cherchées dans le désir qu'il avait de se « ressaisir » en peinture. Dans les premiers jours de décembre, il abandonna l'atelier dans le but de reprendre son existence de marchand forain. Il dessinait lui-même des ouvrages de broderie, qu'il vendait ensuite sur les marchés, et il comptait ainsi, tout en continuant son commerce, gagner l'Italie où il visiterait les villes d'art. Il voulait « prendre conscience », « se réveiller ». C'est pourquoi il s'était isolé, désirant « se chercher par lui-même, s'individualiser pour acquérir sa personnalité, donner une charpente, une forme à des choses vagues ». Il évitait les contacts, se « retirait de la vie directe », mais afin de pouvoir reprendre plus tard une existence plus sociable.

Pour arriver à « se recréer, à se reprendre en main, à se retrouver, à agglomérer les choses, à totaliser plastiquement les sentiments et les idées, il songea d'abord à un « suicide utile ». Il jouerait le tout pour le tout : en se jetant sous un tramway. « S'il en réchappait, il était sauvé. » Cependant, ce n'est pas le suicide qu'il voulait,

mais plutôt « courir un risque ». Car, dit-il, « quand on se jette à l'eau, au moment de mourir on se ressaisit, on lutte », et, pendant la guerre, c'est au moment où il risquait le plus sa vie qu'il avait fait ses meilleurs dessins. « Il désirait retrouver une époque aussi heureuse, se réveiller par un coup de fouet, sortir de sa torpeur. »

Il se rendait compte qu'il allait commettre une folie, mais il ne savait pas laquelle. Dans les jours qui précédèrent l'automutilation, il prit plusieurs verres de rhum et de cognac. Il se demande encore s'il n'a pas été influencé par la biographie de Van Gogh, dans laquelle il avait lu que le peintre, pris d'un accès de folie, s'était coupé une oreille et l'avait envoyée à une fille d'une maison de prostitution. C'est ainsi qu'en se promenant, le 2 décembre, sur le boulevard de Ménilmontant, « il prit avis du soleil, se suggestionna, fixa le soleil pour s'hypnotiser, devinant que sa réponse était oui ». Il crut recevoir ainsi un assentiment : « Feignant, fais quelque chose, sors de cet état », semblait-il deviner, par transmission de pensée. « Ça ne me paraissait pas énorme, ajoute-t-il, après avoir eu l'idée du suicide, de m'enlever un doigt. Je me disais : « Je peux toujours faire cela. »

Il prétend n'avoir pas souffert et, interrogé aussitôt après l'acte, il répondait avec indifférence, souriant d'un air discordant, comme s'il se fut agi d'une chose toute naturelle, paraissant satisfait d'avoir accompli son geste, déclarant que si c'était à refaire, il le referait.

A l'asile, il est calme, correct, n'a pas présenté d'impulsions. A part ces conceptions étranges, qui peuvent

être considérées dans une certaine mesure par une défaillance des facultés du jugement, on ne trouve pas d'affaiblissement intellectuel. Il est capable d'un effort mental. Sa mémoire est intacte.

Il vit isolé, parle très peu, tenant dans la main un livre sur les artistes, de Mirbeau. C'est le titre qui lui plaît, car il n'a pas lu plus avant que la 4^e page.

Il est indifférent à son sort, ne demande pas à quitter l'asile. « Si vous voulez me faire sortir, faites comme vous voudrez, je me laisse faire. » Il désire se reposer, tâcher de voir clair en lui, arriver à se comprendre. « Son dynamisme, dit-il, est fatigué. » Son activité à l'asile est à peu près nulle. Il répond quand on l'interroge, mais il faut forcer son attention. Il n'est pas exempt de contradictions, mais peut-être convient-il de les rattacher à son indifférence générale. Sa conversation est un peu maniérée, il recherche parfois les mots, ses phrases contournées sont souvent obscures. Il a une vague conscience de ses troubles, mais ne s'en inquiète nullement. Ce qui domine dans son état, c'est l'indifférence, l'apathie, le ton neutre avec lequel il donne des renseignements — par ailleurs exacts — l'absence de conviction dans ses propos, la tendance aux contradictions, la discordance dans la mimique, l'air distrait et absent qu'il présente, l'absence de spontanéité de l'attention, le tout contrastant avec les facultés intellectuelles, intactes lorsqu'elles sont sollicitées individuellement et dissociées dans leur synthèse générale.

Antécédents personnels. — Il a été réformé temporairement en 1913 pour bacillose pulmonaire. Traitement actif et régulier.

Signes physiques. — Les pupilles sont égales et réagissent à la lumière ; il existe de la lenteur de l'accommodation. Pas de dysrathrie. Pas de céphalée. La réflectivité est normale, ainsi que la sensibilité.

Dosage d'urée dans le sang : 0,40.

Examen du L. C. R. — Alb. 0,20 p. 1.000. Lymph. 1.

Réaction du benjoin : négative.

Réaction de Wassermann dans le sang et dans le L. C. R. : négative.

Ainsi, chez ce jeune homme de 30 ans, il a fallu cette automutilation, d'un caractère véritablement démentiel pour mettre à jour les tendances profondes d'un individu qui menait en réalité deux vies : l'une positive, matérielle, en qualité de dessinateur en broderies, existence à peu près normale, malgré certaines irrégularités ; l'autre artistique, toute intérieure, entraînant Gaston F... à s'isoler de l'ambiance, à fuir la réalité. Il y eut en quelque sorte une lutte entre ces deux modes d'existence, et l'automutilation, nous l'avons vu, représentant dans l'esprit du sujet, un essai de réadaptation à l'ambiance.

Rendu à la liberté en 1925, Gaston F... a repris son activité d'artiste. Il s'adonne à deux genres de peinture, l'une inspirée, l'autre de tableaux qu'il appelle tableaux commerciaux, sans intérêt à ses yeux, mais agréés par la clientèle.

D'ailleurs, il ne cherche pas à les vendre. Il gagne son pain en travaillant comme manœuvre de temps en temps. Sa subsistance assurée, il s'adonne avec passion à la peinture d'art, la seule valable pour lui, dans laquelle le jeu des couleurs et des lignes inclinées expriment avec la plus grande bizarrerie les sentiments esthétiques qu'il éprouve.

D'un jour à l'autre, les sentiments se modifient, l'inspiration change d'orientation et s'il n'a pas achevé son tableau symbolique, il lui est impossible de le reprendre le lendemain. C'est ainsi qu'en 1927, Gaston F... nous a produit ses toiles avec la discrétion et la réticence d'un artiste frémissant de livrer ses œuvres les plus chères à l'admiration, mais aussi à la critique d'autrui. Il s'est refusé à les exposer ou à les vendre; l'argent placé sur ces tableaux-là lui semblant être une profanation.

Ce cas n'est pas banal. Comme dans l'observation précédente (10), l'acte morbide, malgré son caractère impulsif a été accompli en toute conscience. Il est amnésique, il n'appartient pas à une série d'autres actes morbides revenant par intervalles. Il n'a pas les caractères de l'équivalent comitial. Jamais le malade n'a présenté de crises épileptiques ou de vertiges. L'hypothèse d'un terrain épileptique ne peut être retenue.

« L'absurdité de l'automutilation, continuent les auteurs, l'indifférence de Gaston F... à ce sujet, l'apathie générale qu'il présente, la notion d'une syphilis contractée en 1914, incitèrent à un examen neurologique sérieux,

qui resta sans résultats et à une ponction lombaire qui, nous l'avons dit, ne révéla rien d'anormal. Du reste, l'absence d'affaiblissement intellectuel global, la conservation parfaite de la mémoire, la faculté de raisonnement du malade, ne nous faisaient rechercher la paralysie générale que pour nous permettre de rejeter complètement ce diagnostic.

« Il est bien évident que Gaston F... (comme Albert P...), se présentant sans entrain, apathique, l'air absent, distrait, pourrait faire penser que quelque chose le préoccupe, inhibe sa pensée. En réalité, il n'existe chez lui aucune concentration douloureuse, il n'est pas triste comme il nous le dit lui-même. Il ne se plaint pas, il ne demande rien. Il n'est nullement anxieux. Quand il dit avoir voulu se jeter sous un tramway, quand il raconte l'acte qui le fit interner, il ne donne pas l'impression d'avoir voulu se suicider. Au contraire, il avait l'intention de se ressaisir, de vaincre l'espèce d'impatience qu'il ressentait en lui. Il n'eut jamais vraiment d'idées de suicide. Aucune idée délirante de nature mélancolique ne peut être relevée. Pas plus dans les réactions extérieures que dans le fond mental, l'hypothèse d'un état mélancolique à la base de ses troubles ne paraît devoir être plus longtemps examinée.

« D'après son attitude rêveuse, d'après le sentiment d'impuissance psychologique qu'il décrit, Gaston F... pourrait davantage faire penser à un psychasténique. Il se sentait impuissant à agir. Sans s'accuser précisément, il était mécontent de lui-même, se trouvait un peu inca-

pable, ne se sentait pas le maître de la réalité ambiante. Cependant, cet état restait très léger. Ce sentiment d'impuissance allait sans malaise profond, sans inquiétude, sans anxiété. Jamais il n'eût d'obsessions. Il n'est ni un douteur, ni un humilié. Il ne souffre pas dans son affectivité. Il a toujours préféré la vie intérieure, la rêverie, le séjour à l'asile lui est un refuge; il ne proteste pas contre l'internement. Ce n'est pas tant la réalité extérieure qu'il a essayé de saisir par son geste, qu'une manière plus robuste, plus concrète de peindre. C'est encore dans le monde idéal que son acte morbide a fixé son but. Enfin et surtout, c'est le contraire du psychasténique que cet individu indifférent à l'ambiance, ne faisant aucun effort pour sortir de son état, insoucieux de son sort.

« Aussi serrons-nous de beaucoup plus près le problème en parlant pour ces cas d'automutilation de démence précoce. Il est certain que le caractère impulsif, l'indifférence affective, les sourires discordants par intervalles, l'attention difficile à capter, l'incapacité où on se trouve de déterminer un effort mental, le maniérisme d'expression, l'obscurité des formules, l'apathie générale de l'attitude et le ton des réponses à l'interrogatoire, forment un tableau clinique bien proche de la démence précoce. Et cependant, malgré leur obscurité, les réponses sont presque toujours correctes, adaptées, les propos ne sont pas décousus. Il n'y a jamais de réponses à côté, de verbigération, de néologismes, non seulement la mémoire est parfaite, mais le jugement en dehors de l'explication fournie sur l'acte morbide, s'exerce convenablement, les

associations d'idées sont lentes; mais toujours normalement formées, aucune faculté intellectuelle prise en elle-même n'est atteinte, le comportement général de l'individu est satisfaisant, le malade est doux, docile. Cette dissociation dans la synthèse intellectuelle nous paraît l'expression morbide d'un trouble plus profond, constitutionnel : la tendance schizoïde, c'est-à-dire la tendance à préférer la vie intérieure à la vie extérieure, la discordance entre l'activité intellectuelle et l'activité pragmatique. La vie du sujet eut pu se passer normale en apparence, entre la réalité ambiante et les tendances à la rêverie, aux conceptions autistiques et rien jusqu'ici n'avait révélé à l'observateur un trouble latent. L'automutilation a mis au jour les progrès que faisait l'« autisme » dans la vie du sujet et l'essai de réadaptation que tentait ce dernier. »

Il y est partiellement parvenu sans toutefois se débarrasser de son autisme; qui par ailleurs est nécessaire à son équilibre psychique. Comme lui, Albert P... dont nous ignorons encore les raisons profondes de l'automutilation, paraît capable de reprendre une activité pragmatique suffisante à son entretien. Son acte délirant seul a motivé en effet son internement.

4^e GROUPE

RÊVEURS DISCORDANTS

OBSERVATION 12 (1). — Expansion de plus en plus complète, par le dessin symbolique et par les écrits, de rêveries à tendance mégalomanique chez une artiste de la mode tombée progressivement dans le dénuement par l'excès d'originalité de ses créations. — Extériorisation discrète de ses idées de grandeur. — Revendications sans consistance.

Blanche D... a 53 ans (1928). Elle eut une enfance normale. Intelligente, elle fut une bonne élève à l'école et eut son certificat d'études à 13 ans. Comme elle apprenait avec facilité, ses parents voulurent lui faire préparer le brevet, mais sur sa demande, on ne donna pas suite à ce projet, et on la mit en apprentissage chez une couturière. Dès sa petite enfance, en effet, elle avait manifesté le goût le plus vif pour tout ce qui touche à l'habillement. Elle y pensait sans cesse, au point de tomber dans de longues rêveries, au cours desquelles elle imaginait les robes qu'elle ferait plus tard. Aussi, dès cette

(1) H. Claude et A. Borel, Annales médico-psychologiques, Paris mai 1923, sous le titre : « Evolution délirante d'un symbolisme préalablement adapté chez une schizoïde constitutionnelle. » Cette observation a été complétée en mai 1928.

époque, recherchait-elle la solitude, préférant, selon son expression : « vivre seule avec ses pensées plutôt que de jouer avec des enfants de son âge ». Souvent on la grondait et on lui reprochait « d'être sans cesse dans la lune ». Mais cela ne la touchait guère et laissait aller son imagination ; c'étaient toujours « de nouvelles combinaisons de modes » qu'elle s'efforçait de trouver.

Elle était devenue une excellente ouvrière, lorsqu'à 18 ans, survint un premier choc affectif : un jeune homme lui fit la cour contre le gré de ses parents. Après beaucoup d'hésitations, elle devint son amie, mais aussitôt en conçut un violent repentir, et se jugeant déshonorée, elle décida de s'enfuir à l'étranger. Revenue à Paris quelques mois plus tard, elle eut la douleur d'apprendre le mariage de son ancien ami. Isolée, déçue, n'osant pas regagner la maison paternelle, une fois de plus elle se réfugia dans « son métier ». Très sérieuse, elle parvint à s'établir comme couturière à façon et se fit rapidement une clientèle. Ce fut une période heureuse. Ne pensant qu'à son travail, elle s'amusait à inventer de nouvelles dispositions. Les costumes qu'elle effectuait prenaient ainsi une note d'originalité. Elle voulait même, dès cette époque, qu'à chaque robe correspondît une signification : c'était déjà la tendance au symbolisme que nous verrons plus tard si manifeste. Mais elle savait rester dans des limites raisonnables. Et ce n'était que lorsqu'il s'agissait de vêtements faits pour elle qu'elle donnait libre cours à sa fantaisie.

A 24 ans, survint une nouvelle aventure sentimen-

tale. Elle connut un jeune homme, un étudiant, dont elle devint l'amie. Ce fut une longue liaison de 14 années. Très éprise et l'admirant beaucoup, elle s'efforçait d'être pour lui une compagne. Et voulant lui démontrer qu'elle savait, elle aussi, penser, elle se mit bientôt à lui écrire. C'est alors que l'on voit se manifester le symbolisme d'expression qui plus tard se révélera tout à fait pathologique. Elle explique très nettement l'intention qu'elle avait en agissant ainsi et différencie deux manières d'écrire : une qui serait le genre lettre d'affaires ; elle en écrivait quelquefois ; et celle-ci, caractérisée par l'emploi (c'est son expression même), de symboles poétiques.

« Un symbole, explique-t-elle, c'est un mot qui fait penser. C'est dire en un seul mot plusieurs autres choses. » Elle composait lentement ses lettres, faisant des brouillons, les simplifiait et arrivait ainsi à un texte très beau, mais sans doute d'une certaine obscurité, puisque son ami lui aurait dit qu'elle était « plus difficile à comprendre qu'un poète symboliste ».

Parallèlement, elle cherchait à mettre une signification profonde dans les toilettes qu'elle inventait. Elle était d'ailleurs fort appréciée de tous ceux qui l'employèrent. Plusieurs fois elle fut prise en qualité de première dans de grandes maisons. Là, elle s'occupait à faire les modèles. C'était aussi bien la seule fonction qui lui convînt. Suivre les idées des autres lui était un supplice. Et elle n'aimait pas, non plus, un modèle étant créé, le reproduire plusieurs fois pour différentes clientes. La besogne matérielle l'irritait. C'était une tâche subal-

terne, bonne pour de simples ouvrières. Elle voulait être plus que cela, et ne s'intéressait qu'à l'idée même.

Vers l'âge de 35 ans, une nouvelle déception sentimentale survint dans sa vie. Elle se brouilla avec son ami. Elle paraît bien avoir beaucoup souffert du sentiment de solitude morale produite par la rupture de sa liaison et il semble que cette influence n'a pas été étrangère au développement de plus en plus marqué de cette tendance à la rêverie dont nous avons déjà parlé. Ayant vu une jeune femme qui faisait des dessins de modes, elle pensa qu'elle-même serait capable d'en faire autant et même mieux. N'avait-elle pas des idées originales, alors que tant d'autres se bornent à recopier ce qu'ils voient ? Bientôt elle connut que c'était là sa véritable vocation. Et elle se mit à suivre des cours de dessin dans des écoles populaires d'abord, dans des ateliers plus tard. Il est curieux de constater qu'effectivement, elle fit de rapides progrès. Au bout d'un an, elle en savait assez pour composer à son tour des modèles qu'elle alla soumettre à divers grands couturiers. On lui en acheta. Elle se fit ainsi de nouvelles ressources, et arriva à gagner ainsi de 150 à 200 francs par mois. Elle négligea alors progressivement la couture proprement dite, besogne purement matérielle, et vécut en partie de la vente de ses dessins. Ce n'était pas très rémunérateur sans doute, mais il lui importait peu d'être riche. Son art lui suffisait. « L'amour, disait-elle, ne l'intéressait plus. Et d'ailleurs, elle ne rencontrait pas d'hommes « conformes à son idéal ».

En 1914, du fait même de la guerre, la plupart des

maisons pour lesquelles Blanche travaillait; fermèrent leurs portes momentanément, ou du moins durent restreindre leur production. Il en résulta pour elle une très grande difficulté à gagner sa vie. Et ce fait, joint à l'émotion légitime causée par les événements militaires, paraît bien avoir marqué l'apparition des troubles nets que maintenant nous allons voir se dérouler. Se trouvant presque sans ressources, il ne lui vint pas à l'idée de devenir une simple ouvrière. Au contraire, elle continua de dessiner des modèles. Mais désormais une originalité excessive apparaissait dans ses conceptions. Si bien que ses anciens clients eurent tôt fait de l'éconduire sous divers prétextes. Elle tomba ainsi dans une extrême misère. Et dès lors commence une nouvelle période, où toutes les tendances que nous avons tâché de mettre en évidence, s'accroissent, s'hypertrophient en quelque sorte, et qui est caractérisée surtout par une perte de contact de plus en plus marquée avec la réalité. Grâce à quelques secours donnés par la mairie, Blanche parvenait à subvenir à ses besoins les plus pressants. Mais cela lui importait peu, en somme. S'absorbant dans ses rêveries imaginatives, elle ne voulait plus vivre que « pour son art ». Chaque jour sa confiance en sa valeur s'accroissait. L'évolution vers les idées de grandeur se précisait. Elle sentait qu'elle était une grande artiste, et s'en rendait compte en comparant ses conceptions avec celles des autres. Des idées nouvelles lui venaient sans cesse, et négligeant de plus en plus les usages habituels, elle s'efforçait vers un symbolisme qui devenait plus abstrait,

D'autre part, se rappelant les lettres écrites jadis à son ami, elle pensa à en composer de nouvelles qu'elle enverrait aux soldats du front, « afin d'élever leur moral ». C'était une tâche difficile et nécessitant un long travail. Elle faisait de nombreux brouillons, chaque lettre lui demandait des semaines. Puis elle les mettait à la poste, les adressant à un correspondant quelconque. Elle savait que la censure ouvrait les enveloppes. Donc on lirait ses lettres et les ayant admirées, on les ferait lire à tous les soldats du front. Lettres et dessins furent ainsi sa seule occupation et son seul but. Mais en agissant de la sorte, elle sentait qu'elle servait son pays, et qu'elle contribuait à sauver la France. Elle était donc une sorte de Jeanne d'Arc. Ainsi naquit en elle l'idée qu'elle doublait l'héroïne lorraine. Et elle la matérialisa dans un dessin, puis dans un costume, le Double-Deux. Cela ne suffisait pas. Etant poète et artiste, elle en vint à considérer que non seulement elle doublait, mais triplait Jeanne d'Arc ; de là, la robe Double-Trois. Puis ce furent d'autres symboles, le mouchoir de la France, le mouchoir du Nouveau-Monde, etc. Elle fabriquait robes et mouchoirs avec des morceaux d'étoffe récoltés au cours de sa vie de couturière ou même ramassés dans des boîtes à ordure.

Consciente de la grandeur de son art ou de l'utilité de sa tâche, elle vivait heureuse, indifférente aux privations de toutes sortes qu'elle devait supporter. Absorbée en effet dans sa vie intérieure, dans un « autisme » de plus en plus prédominant, et de plus en plus éloigné de la réalité, elle sentait à peine sa vie misérable. Com-

plètement dénuée de ressources, elle alla jusqu'à ramasser des croûtes de pain dans la rue et des légumes avariés sur les marchés. Cependant ses conceptions s'enrichissaient, et se consolant par ses rêveries de ce que la vie présente ne lui donnait pas, elle devenait une « très grande artiste » qui « se dévouait à son art ». Elle s'étonnait seulement de voir qu'on ne favorisait pas davantage son talent. Ne payant pas son loyer depuis le début de la guerre, elle considérait que c'était à juste titre. N'était-ce pas le moins qu'on pût faire à une telle artiste ? D'ailleurs ses dessins, ses modèles, ses robes même, elle ne songeait plus à les vendre. Ils étaient trop beaux, trop riches de signification profonde. Elle les gardait chez elle et à sa mort elle les léguerait à la France. Toute une série de nouveaux vêtements avaient été entrepris. Avant elle s'était arrêtée au double-trois, maintenant elle créait le double-quatre, le cinq, le huit, etc... Chaque événement devenait matière à une nouvelle symbolisation.

Elle fut très étonnée lorsqu'à la fin de 1921, devant son refus de payer les termes qu'elle devait, son propriétaire la menaça d'expulsion. Elle refusa de croire aux exploits d'huissier qui lui furent plus tard envoyés, ne répondit à aucune convocation. Finalement, une plainte fut déposée contre elle, qui amena, comme nous l'avons déjà dit, son envoi à l'Infirmerie spéciale.

C'est dans ces conditions que Blanche D... est entrée le 10 février 1923, dans le Service de la Clinique. Depuis cette date jusqu'à ce jour, elle s'est toujours

montrée une malade calme, lucide, acceptant de bonne grâce son internement. Parfaitement orientée, elle sait pourquoi on l'a dirigée sur Sainte-Anne et en raconte correctement les circonstances. Au cours des nombreux interrogatoires que nous lui avons fait subir, elle s'est toujours montrée capable de soutenir une conversation suivie, faisant des réponses pertinentes et souvent parfaitement adaptées. Nous n'avons jamais constaté de néologismes. Sa mémoire est bonne, tant pour l'évocation des souvenirs récents que pour la fixation des faits anciens. L'attention paraît suffisante et elle s'est toujours bien tirée des différentes épreuves auxquelles nous l'avons soumise. L'affectivité est normale. On ne décèle pas, enfin, de troubles très nets du jugement et du raisonnement ; sauf, naturellement, en ce qui concerne l'appréciation de sa conduite durant ces dernières années. Blanche se croit toujours une grande artiste et pense qu'elle a comme telle un rôle à remplir. Elle reste persuadée que l'on n'a pas su reconnaître sa valeur et que l'on a eu tort de la chasser de son logement, malgré qu'elle n'en payât point les termes, parce qu'elle s'était dévouée à l'Art et au Beau, la société reconnaissante se devait de lui assurer sa vie matérielle. « Ce qui est beau, dit-elle, c'est mon ignorance. » — « Quand il s'agit de quelqu'un qui a des qualités, on le soutient. » — « Je voudrais sortir, je gagnerais ma vie en faisant des portraits. » — « On aurait dû me mettre dans une maison de santé. » — « On m'a pris traîtreusement. — Je ne veux pas être de Sainte-Anne. — Qu'on s'occupe de me donner des portraits à

faire. — J'ai ma fierté. — Il y a dix ans que je me donne à la patrie. »

Tels sont les propos récents tenus par cette malade, sans chercher seulement par là à emporter la conviction de son interlocuteur. Elle transporte avec elle et n'abandonne jamais un rouleau de carton pendu à son côté, tel le sabre de Jeanne d'Arc, dans lequel se trouvent ses écrits et ses dessins, sur lesquels elle ne consent pas toujours à donner des explications d'ailleurs fort difficiles à saisir. Elle parle peu, toujours aimable et docile.

Ces cinq ans d'asile n'ont pas influé de manière appréciable sur son état physique.

On relève dans les antécédents de Blanche quelques signes d'hérédité psychopathologique : son père, original, violent, se livrait souvent à des excès de boisson. Un frère de la malade a fait pendant la guerre des troubles mentaux et mourut à Bicêtre.

Comme dans l'observation n° 9, on note dans le cas ci-dessus certains procédés épistolaires dans lesquels l'autisme trouve son expansion. Il ne semble pas qu'il y ait ici de modification du graphisme. Mais on reconnaît cette tendance dans la facture très originale des dessins.

« Comment classer une telle malade ? Il nous semble d'abord, continuent les auteurs, que l'on peut éliminer le diagnostic de démence. Les facultés intellectuelles, en effet, paraissent intactes chez Blanche D. Mémoire, attention, affectivité, imagination ne présentent aucun déficit. Quant aux troubles de jugement et de raisonnement, ils sont manifestement en rapport avec les conceptions am-

bitieuses de notre malade, et d'ailleurs il n'apparaissent qu'à cette occasion, nullement dans les circonstances ordinaires. Au cours des multiples conversations que nous avons eues avec elle, ses réponses étaient, nous l'avons déjà dit, toujours pertinentes, et correspondaient parfaitement avec son niveau intellectuel. Il s'agit donc bien d'une malade dont le fond mental est conservé, mais qui cependant, depuis près d'une dizaine d'années, s'est montrée incapable de subvenir normalement à ses besoins et a manifesté des troubles nets de l'activité.

On ne saurait également considérer Blanche D. comme une simple délirante à idées de grandeur. Nous nous sommes efforcés de montrer que les conceptions ambitieuses qu'on lui voit émettre ne sont pas un symptôme primitif, évoluant pour son propre compte, mais, bien au contraire, qu'elles apparaissent comme la conséquence d'un trouble plus profond et dont on peut trouver la racine jusque dans l'enfance. Envisagées à leur état actuel, par suite de l'hypertrophie considérable qu'elles ont prise depuis plusieurs années, elles paraissent dominer la scène. Mais leur genèse que nous avons tâché de mettre en évidence montre manifestement qu'il s'agit là d'un fait secondaire.

C'est pourquoi nous pensons que nous sommes avant tout en présence d'un état constitutionnel, dont l'épisode actuel représente l'aboutissant.

Nous ferons d'abord remarquer que dans les antécédents héréditaires de Blanche on trouve un père original, violent, se livrant souvent à des excès de boisson.

Un frère de notre malade, de plus, a fait pendant la guerre des troubles mentaux et mourut à Bicêtre. D'autre part, si l'on veut bien se rappeler le récit que nous avons fait, il apparaît que le développement de l'affection a été lentement progressif et que bien avant la période de troubles manifestes, il existait certains indices, assez frustes sans doute, mais qu'on peut retrouver jusque dans les premières années de la vie de Blanche. Envisagée d'une façon très schématique, on pouvait distinguer trois époques à toute cette évolution. Dans une première période s'étendant de l'enfance jusque vers la 30^e année, la malade, quoique tout à fait normale, montre déjà ébauchée cette tendance constitutionnelle à la rêverie et à l'absorption dans la vie intérieure. Dans son jeune âge elle ne jouait pas comme les autres enfants, et avouait que son plus grand plaisir consistait à « vivre dans ses idées ». En même temps on voit se dessiner le désir de faire autrement que les autres, de se consacrer à un idéal. Néanmoins l'adaptation avec le monde extérieur est largement suffisante et aucun trouble ne se manifeste.

Mais des déceptions surviennent, d'ordre sentimental et professionnel. Une seconde période commence où la perte de contact avec la réalité va s'accroître davantage, et où va se mieux marquer la fuite vers la vie intérieure qui la consolera des déboires apportés par l'existence quotidienne. C'est alors qu'elle apprend à dessiner et réalise ses aspirations d'enfant : elle crée des modèles où elle donne libre cours à son originalité.

Toutefois sa pensée devient plus abstraite, et se dé-

tache peu à peu de ses conditions normales. De là une tendance au symbolisme dont l'expression d'ailleurs reste d'abord suffisamment adaptée. Durant des années son activité n'en est que peu ou pas entravée. En effet, Blanche a conscience de ses tendances, et se rend compte que ses conceptions sont souvent trop excentriques. Elle réserve pour elle ce qui serait trop hardi ou trop incompréhensible, tout en restant persuadée que ce sont là ses plus belles œuvres. Grâce à cette confiance en soi, à cet orgueil, elle parvient à passer au milieu de toutes les déceptions sans presque en souffrir. Le détachement avec la réalité se marque ainsi de plus en plus.

Enfin depuis 1915 une nouvelle évolution se produit et qui paraît consécutive à de nouveaux déboires. Une troisième période commence, que l'on pouvait appeler : période d'évolution délirante, où par leur exagération même les conceptions de notre malade entraînent bientôt une désadaptation presque complète avec la vie réelle. Par le même processus que nous avons tâché déjà de mettre en évidence, Blanche se réfugie de plus en plus dans sa vie intérieure, dans son « monde imaginaire ». La réalité lui devient indifférente, et ne lui apportant en somme que des déceptions, elle la fuit et s'en console par des rêveries imaginatives dont elle est l'héroïne. Ainsi s'édifient ces idées orgueilleuses et ambitieuses dont nous avons parlé. Ainsi s'expliquent aussi cette inactivité et les troubles divers de la conduite qui finiront par amener l'internement de notre malade. Quant au symbolisme jusque-là relativement adapté, il participe à la même évo-

lution, se transforme progressivement pour finalement devenir presque incompréhensible et nettement délirant, évoluant en quelque sorte vers une expression de plus en plus abstraite et purement formelle.

Telles nous paraissent avoir été, d'une manière bien schématique sans doute, la marche et la constitution progressive du syndrome présenté par Blanche D. — De tels états de « dissociation » avec discordance entre les manifestations de l'activité intellectuelle sont évidemment connus depuis longtemps, car à des degrés divers et plus ou moins accusés ces états sont relativement fréquents. Mais l'apparition de manifestations délirantes ou de troubles graves de la conduite avec apparence d'affaiblissement intellectuel, les a le plus souvent fait ranger soit dans le groupe des psychoses dégénératives avec déséquilibre psychique, soit dans celui des états démentiels précoces. Nous pensons qu'une étude plus approfondie de ces cas pourra conduire à une interprétation différente. Pour nous, en effet, il s'agit là d'une disposition constitutionnelle, qui, permettant au sujet une activité normale pendant de nombreuses années, a pu, sous l'influence de facteurs affectifs : émotions et déceptions diverses, entraîner toute une série de troubles liés, d'une façon générale, à une sorte de perte de contact avec la réalité. C'est à des cas de ce genre que l'école de Zurich a appliqué le terme de schizoïdie ou de schizothymie. Nous pensons que l'on peut, au moins provisoirement, conserver cette expression, qui a au moins l'avantage de donner une étiquette à des déformations de l'activité psychique, dont

on trouve tous les degrés, depuis les variétés les plus frustes, compatibles avec une existence d'apparence normale, jusqu'aux formes manifestement délirantes avec troubles plus ou moins graves de la conduite, dont notre observation fournit un exemple.»

OBSERVATION 13. — Dissociation des activités psychique et pragmatique. — Symbolisme. — Collectionnisme. — Conceptions métapsychiques avec idées de grandeur; sentiment de dédoublement, de réincarnation, de vocation divine. — Aucune extériorisation.

Affable, docile, F. C. se prête volontiers à l'examen, mais n'est capable certains jours d'exprimer aucune réponse. Il a 25 ans: ajusteur de profession, il est ami d'une femme qu'il épouserait si la destinée le lui permettait. Quand il répond, il le fait sans difficulté, tantôt avec précision, tantôt sans paraître y prêter intérêt. Bénévole, bon garçon, tout ce qu'il fait s'effectue lentement. Il est méticuleux. Il collectionne. Bien orienté, il sait où il est, la date de son arrivée, 12 septembre 1926; et se félicite de l'amélioration de son état. Sa tête se dégage. Dans son enfance il évitait le bruit, la turbulence, les mauvais penchants. Il se tenait à l'écart de la vie, des camarades. Il souffrait des discussions entre son père et sa mère, fréquentes en raison d'excès alcooliques.

Bien portant, régulier au travail, premier de sa classe, il disait à sa mère : « Ne te fais pas de bile ; je suis là pour te consoler. »

Mais à la suite du service militaire, il est devenu apathique et instable. Dès 1925, il cesse tout travail après une période d'indifférence que son entourage ne peut vaincre. Il commence à se négliger dans sa tenue. — « Il souffre intérieurement », dit-il à sa mère, et s'irrite pour un rien. Il commence à exprimer des idées mystiques de grandeur. Il est le deuxième fils de Dieu, il éclaircira les mystères. Il fera triompher le bien. Il parle de frères dignes d'amour. La nuit, il rêve tout haut, en disant : Laissez-moi tranquille, soyez calmes... et des phrases symboliques. On a coupé son cerveau, au moment où il allait s'élancer.

Le jour, il s'occupe un peu de ménage, remet de l'ordre inlassablement, aligne les meubles selon un plan toujours pareil, et notamment décroise tous les objets afin de supprimer les croix, signe de la souffrance de Jésus-Christ.

Malgré ses idées mystiques, il ne se rend jamais à l'église. Il ne pratique pas.

L'état de santé générale de F. C. est excellent. Ses antécédents personnels et héréditaires ne sont point chargés. Toutefois il faut mentionner les excès éthyliques du père qui non seulement par l'atavisme mais aussi par les troubles affectifs qu'ils ont engendrés dans l'enfance, ont pu agir sur le psychisme du malade.

F. C. établit ses idées de grandeur sur un ensemble

de conceptions métapsychiques et d'interprétations mal systématisées. On découvre en outre une ébauche de syndrome d'action extérieure qui paraît surajouté. Son langage cryptique, chargé d'expressions symboliques, rend sa pensée difficilement accessible.

Cependant on la suit sur bien des points.

F. C., très convaincu du rôle qui l'attend, ce qui contraste expressément avec la docilité passive de son comportement, s'explique à peu près en ces termes :

« En 1925 — la date exacte m'échappe — j'ai subi la souffrance, la souffrance capitale, souffrance progressive depuis l'enfance que je ne comprenais pas, devenue intense et qui s'est révélée à moi. Cette souffrance était due à l'arrêt du fonctionnement du cerveau et à la présence du diable déterminant une excentration de pensée insaisissable. Maintenant mon cerveau fonctionne normalement. Avant il était bloqué du côté gauche par suite d'une maladie à l'œil, dans mon enfance, qui a laissé une cicatrice. Ce blocage a duré jusqu'en 1925. Tous les esprits mauvais s'étaient concentrés du côté gauche, par suite de l'impossibilité de fonctionnement. La matière, ne pouvant plus travailler, avait matérialisé le diable. Le diable était matérialisé dans le côté gauche de mon cerveau.

C'était à l'œil gauche, une peau tombante, blépharocalasis, résultat des pensées qui se figeaient. Quand je me levais le matin, je regardais le stade de gonflement, de la paupière supérieure. Si elle était gonflée, j'avais honte et je me cachais. J'avais du dégoût de vivre. Je ne

comprenais rien. Opéré en 1924, j'ai repris courage. Mais le pli de l'œil ne se formait pas bien. Les éléments étaient bouleversés en moi et la matière se figeait continuellement. Elle allait vers les ténèbres. J'en étais préoccupé. Un jour la révélation m'est arrivée. J'ai compris et maintenant mon œil ne m'occupe plus.

Quand j'étais petit, j'avais honte et je fuyais lorsqu'une petite fille me recherchait. Plus tard, j'ai eu des petits amis. C'était très mauvais. J'ai toujours craint les rapports sexuels. Pourtant, en 1923, j'ai fait des excès. C'était l'épuration. Il fallait que le mal s'en aille au néant. J'ai senti que sans cela, je ne pourrais pas m'en sortir. Puis j'ai compris qu'il fallait me maîtriser.

Quand j'étais jeune, il y avait des choses que je voulais faire et que je ne pouvais pas. Je subissais des pensées sans pouvoir les appliquer. Quand on me donnait un modèle, j'arrivais à le dessiner. Je ne pouvais jamais créer.

Lors de mon catéchisme, je ne pouvais pas comprendre. Pourtant Dieu était en moi et je ne le savais pas. Il le fallait, sinon je n'aurais pas pu sortir de cette masse qui m'écrasait.

Un jour (1925) dans le bureau de l'outillage de l'usine R... j'ai vu la mort — un éblouissement. — J'arrêtais un instant et Dieu me dit : « Et moi ? »

Cela veut dire que le côté droit de mon cerveau a vu le côté gauche figé dans l'impression du mal. Cela a été comme une révélation et aussitôt le côté droit de mon cerveau s'est mis à pénétrer, à ramener, à recentrer les

neurones du côté gauche. Travail lent et progressif qui m'a permis de comprendre des choses que je n'avais pas comprises avant, notamment les champs de bataille de la guerre, la guerre elle-même et surtout les croix.

Très vite, j'ai compris que dans l'humanité — comme dans mon cerveau gauche, le mal était figé, une inconscience, une impossibilité de comprendre, et cela avait produit la guerre. Et j'ai compris que ma reprise de conscience déclenchait celle de toute l'humanité, et principalement la France.

Par le fait même qu'on m'interroge en ce moment, c'est que à la suite de ma révélation, la conscience s'est mise en branle chez tous les individus. Chacun travaille à faire le point, comme sur un navire. Chacun doit subir une souffrance à la suite de laquelle la révélation. C'est moi qui ai commencé. Et du simple fait que cela a commencé chez moi, cela doit être général.

En vérité, d'autres ont subi la souffrance avant moi, ils avaient conscience de leur souffrance, mais ils ne pouvaient pas l'expliquer. Ils souffraient silencieusement ; certains souffraient beaucoup pour rattraper l'équilibre matériel de la pensée qui a un temps d'évolution. La pensée évolue. Au bout d'un certain temps elle se fige. Lorsque la pensée est figée, elle forme le diable, — et le mal se matérialise.

Si l'homme souffre, il acquiert une puissance, et cette puissance lui permet de comprendre la valeur d'une pensée et d'en tirer parti pour le bien de tous ses semblables. Par exemple : ce couvercle d'encrier. Tout le

monde peut voir qu'il est en porcelaine et qu'il est rond ; mais le premier homme qui l'a fabriqué a beaucoup souffert pour comprendre quels sont les éléments composant ce couvercle et le rôle qu'il doit remplir. Ceux qui l'entouraient ne pouvaient le comprendre et devaient le traiter de fou. »

Maintenant C. P. attend patiemment que sa destinée s'accomplisse. Tous les esprits sont déclanchés. C'est le retournement de la Société, la réouverture du Paradis terrestre.

Il est ajusteur, donc prédestiné aux ajustements. Il est la réincarnation de l'âme du Christ. Il est le Mort vivant. On n'a jamais vu cela. Il décroise les croix.

La croix est le signe de la douleur. La croix a été édiflée par les hommes dominés par le mal. La croix c'est le mal.

Faire une croix, c'est avoir une pensée crucifiante.

Un individu qui fait la croix sans comprendre, c'est une pensée mortelle pour ses semblables.

Refuser de faire la Croix, c'est permettre au Christ de vivre.

Détruire partout la Croix, c'est émettre une pensée de vie.

Parlant de son amour filial, il dit : « Je ne peux plus avoir l'attachement que j'avais pour ma mère. Je regretterai le mal. Si j'avais eu un autre père, je n'aurais pas souffert de la même manière.

C. P. est en correspondance avec Dieu. Directement par la pensée. Quand il a senti « le délie du vide » c'est

que sa pensée touchait Dieu. Dieu produit en lui l'éveil de la conscience. Il a la maîtrise sur tous les cerveaux. Il peut diriger les personnes. Il peut faire venir le monde dans le bien. Il peut transformer la matière.

Mais il ne veut pas agir ; il ne doit pas agir. On ne comprendrait pas encore.

Il doit d'ailleurs se préparer encore. Depuis le déclic, c'est une marche continuelle, une attirance vers la vérité. Pratiquement il faut qu'il aille au stade Jean Bouin pour s'entraîner, se régénérer, mettre son sang en action.

Et il prédit sa fin : il faudra me couper les veines du poignet à 33 ans (Jésus-Christ) pour régénérer l'humanité. Avant je n'aurai pas fait ma consommation de vie.

C. P. se complaît ainsi dans un autisme dont on a extrait ci-dessus quelques éléments essentiels. Après un séjour de six mois chez ses parents, au printemps 1927, il a été ramené à la clinique où il a repris sans regret l'existence restreinte qui lui est offerte. Il vaque aux menus travaux qu'on lui demande tout en développant le thème de ses méditations. Son tiroir est rempli de papiers, d'extraits de journaux. Par la pensée il continue à décroiser toutes les croix.

Schizophrène^o ? C. P. l'est profondément par sa dissociation, sa pensée symbolique, son collectionnisme, ses fautes d'association, ses complexes affectifs dès l'enfance. Discordant ? Il l'est aussi par ses idées de grandeur avec sentiment de dédoublement, de réincarnation, de conceptions agrégées autour de l'idée directrice : la préparation à une mission divine. Mais il énonce cette vocation

sur un ton détaché et son cas ne saurait relever d'une psychose paranoïaque dans laquelle le thème délirant transposé dans la réalité provoque les réactions les plus vives.

OBSERVATION 14 (1). — Réverie mystique avec phases d'exaltation correspondant à des chocs affectifs nécessitant l'internement à trois reprises, 1900, 1918 et 1923. — Ebauche de syndrome d'action extérieure avec idées de grandeur, sensation de puissance surnaturelle, de dédoublement corporel, d'initiation divine. — Extériorisations discrètes du thème délirant. — Glossolalie.

Mlle J..., âgée de 40 ans, a eu déjà plusieurs internements. Dès l'enfance, elle manifestait un penchant très net à la solitude, avait peu d'amis, préférant la lecture ou la rêverie aux jeux bruyants des enfants de son âge. Elle paraissait cependant normale aux yeux de tous et ne présentait rien de particulier jusqu'à 15 ans. A ce moment apparaissent des troubles, sur lesquels nous n'avons pu obtenir que peu de renseignements. Elle paraît avoir fait à cette époque un accès de dépression psychique, avec mutisme et refus d'aliments et secondairement des craintes de persécution et même quelques

(1) Observation publiée par le Dr M. Cénac : Certains langages créés par des aliénés. Journe, Paris, 1925. Mise à jour en 1928.

idées vagues d'influence. Soignée à la Salpêtrière puis dans une maison de santé, elle rentre enfin dans le service du Dr Toulouse, à Villejuif. Ce n'est qu'au bout de dix-huit mois qu'une amélioration suffisante survint et qu'elle put être rendue à la liberté.

A sa sortie, Mlle J... apprend le métier de dactylographe, qu'elle exerça plus ou moins régulièrement par la suite. Elle garde le même caractère : tendances schizoïdes manifestes, amour de la solitude, prédominance de la vie intérieure. Cependant elle travaillait convenablement, mais, comme il arrive souvent à ces sortes de malades, des déceptions, des chocs moraux survenant eurent chez elle un retentissement disproportionné.

Ce fut d'abord un mariage manqué, dont la malade conserve un pénible souvenir. Pour oublier cette déception, Mlle J... qui appartenait à une famille assez religieuse, se mit à étudier sa religion et voulut vivre, dit-elle, « une existence chrétienne ». C'est alors qu'elle abandonne son métier de dactylographe pour celui d'infirmière dans un sanatorium de tuberculeux. D'ailleurs, sa santé était précaire et plusieurs fois elle dut interrompre son nouveau métier. Finalement, à la suite d'une grippe infectieuse en 1914, elle dut, pour son propre compte, aller dans une station climatique où, améliorée, elle reste comme infirmière. Elle eut à soigner là un jeune homme — étranger ? — qui parlait une langue qu'elle ne comprenait pas. Ce fait lui revint à la mémoire, lorsque plus tard apparurent les premiers signes de glossolalie. De même les pratiques religieuses,

très exactement suivies dans la maison de santé, l'orientèrent plus encore du côté des rêveries mystiques, dans lesquelles, d'ailleurs elle se complaisait, depuis son mariage manqué.

Au bout de quelques mois, elle partit : son métier d'infirmière ne la satisfaisait plus. Elle voulut faire quelque chose de plus grand, de plus utile. Elle revient à Paris où elle entre au service — comme secrétaire, affirme-t-elle — d'un homme politique. Elle l'admirait. C'était un philosophe, dit-elle. Elle ne resta cependant pas longtemps chez lui et trouva à se placer dans une colonie de vacances comme sous-directrice⁽²⁾. Parmi les enfants confiés à sa garde, une l'intéresse particulièrement. Elle lui trouvait des traits de ressemblance avec elle-même. Elle demande à cette jeune fille si elle n'était pas sa parente, et même si elle ne serait pas sa fille, enfant qu'elle aurait eue durant son séjour à la Salpêtrière quand elle avait 15 ans (1). Elle convient bien que c'est là une idée absurde. Mais cette idée lui venait parfois et s'imposait à elle d'une façon véritablement obsédante. Elle ne s'en ouvrait à personne, mais y rêvait longuement (1914).

Durant la guerre, elle s'occupa comme elle put, tour à tour dactylographe, secrétaire ou infirmière. Elle suivait les événements avec une attention passionnée et priait avec ferveur. Un véritable état d'exaltation mystique se manifesta bientôt. Elle eut des visions prophétiques. Elle sentait qu'elle était appelée à jouer un grand rôle, peut-être à sauver la France. Elle écrit au Président de la République. C'est ainsi qu'elle attira l'atten-

tion sur elle et qu'elle finit par être internée au début de l'année 1918.

Ce deuxième internement dans un asile de province dura jusqu'en 1921. Revenue bientôt à Paris, ses tendances mystiques et ambitieuses ne tardèrent pas à se manifester à nouveau. Dans la rue elle voulut évangéliser les passants « comme cela se faisait dans l'Armée du Salut en Angleterre. »

Elle allait dans les gares surveiller les Dames de l'Etoile blanche (association évangélique de protection des jeunes filles).

Rentrée chez elle, elle entonnait des cantiques à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit. Cette existence bizarre, des plaintes des voisins que réveillaient les cantiques amenèrent une enquête et finalement son transfert à l'infirmerie spéciale le 24 décembre 1923 et de là à l'asile clinique.

Mlle J... paraît accepter sans déplaisir son internement. Elle a eu trop à souffrir de ses voisins tous ces derniers temps. Des gens lui parlent de derrière la cloison. Un homme se permet de lui dire des choses peu convenables.

Si la malade se montre réticente sur les injures ou les inconvenances qu'elle entend, elle se plaint volontiers, et ceci d'une façon prolix, de n'être plus libre de ses actes. Elle se sent suggestionnée, influencée. Elle interprète dans ce sens les moindres faits étranges (Des objets sont tombés dans sa chambre, d'autres ont été changés de place).

Elle devient de nouveau réticente quand on l'interroge sur ses idées mystiques.

« La science française est trop positive, nous dit-elle, et ceci c'est le secret de l'âme. »

« D'ailleurs, ajoute-elle, j'ai été internée en 1918 parce que j'avais écrit à Poincaré après une vision mystique. »

Elle dit avoir présenté les stigmates de la croix quand elle était petite fille. « Si elle sort la nuit pour évangéliser, c'est en accord parfait avec le ciel et après avoir demandé et obtenu la réponse. »

« Il y a, dit-elle, plusieurs sortes de réponses, la persuasion silencieuse et la réponse vraie. »

Elle a eu des visions très curieuses, elle s'est vue devant Dieu, l'esprit et le corps séparés. L'esprit était une colombe. Elle a parfois des conversations mentales avec Dieu. C'est grâce à Dieu qu'elle a pu échapper à des accidents d'autos ; elle se sentait, au moment du danger, comme poussée par une puissance surnaturelle.

Elle s'est, d'ailleurs, sentie à plusieurs reprises comme surélevée, ou bien elle avait la sensation que son corps se dédoublait.

Au début de son séjour dans le service, elle a eu de nouvelles visions. Des anges lui sont apparus. Elle a vu le Christ. Il ressemblait à une gravure qu'elle connaît. Elle pense que c'est elle seule qui voit. Son activité dans le service est uniquement employée à faire sans fin des traductions des évangiles dans une langue qu'elle a inventée ou plutôt qui lui a été inspirée. Elle trace des

caractères étranges qui ressemblent à de l'hébreu, du chaldéen.

C'est une langue ésotérique qu'elle appelle la langue des élus.

Mlle J. serviable et tranquille, s'entretient volontiers avec ses visiteurs. Elle soutient facilement la conversation sur toutes sortes de sujets et ne parle de ses idées mystiques qu'à la demande de l'interlocuteur. Elle expose les phénomènes auxquels elle est soumise, comme un observateur parle de ce qu'il constate, avec une certaine réserve mêlée d'étonnement. Elle ne tire aucun parti des impressions mystiques et surnaturelles qui sembleraient devoir l'inciter à parler avec autorité. Modeste au contraire et silencieuse, elle est enfermée dans son activité toute imaginative. Elle mène la vie la plus régulière, s'employant aux menus travaux qui lui sont confiés. Il ne s'est produit au cours de ces cinq dernières années aucune modification dans son état.

Et pourquoi s'en produirait-il ? Ne s' imagine-t-elle pas avoir trouvé dans la traduction de l'Ecriture, dans la « langue des élus » son chemin de Damas, de même que C... (Observation 13) dans la préparation à sa mission divine, et Blanche D... dans la rénovation de l'art par l'expression du beau dans ses dessins symboliques ? Ne faut-il pas voir là une sublimation morbide, la saturation durable de leurs valences affectives ?

CHAPITRE VIII

SCHIZOPHRENES BOUDEURS

Le schizoïde boudeur pas plus que le schizoïde rêveur ne se plie aux solutions d'autrui.

Mais il y a dans la bouderie une satisfaction de vengeance qui tempère l'amertume de la douleur qu'elle exprime. Le boudeur fait opposition à la vie et lors même qu'il désirè la mort, il ne la recherche pas activement. Elle est pour lui un pis-aller.

Suivant la prédominance des sentiments de révolte ou de résignation l'attitude du boudeur se modifie. — Révolté : il revendique ; — résigné : il s'abandonne et devient négativiste.

5° GROUPE

Boudeurs — Attitudes agressives

OBSERVATION 15. — Premiers accidents de bouderie. — Réactions hostiles. — Jalousie. — Phases de dépression rageuse. — Thème autiste restreint et obstiné. — Activité pragmatique conservée.

La mère de Marguerite G... conduit sa fille à la consultation de la clinique en octobre 1926, parce qu'elle s'oppose aux conseils maternels par des réactions violentes, et malgré ses 24 ans, persiste inconsidérément dans des phases de dépit.

Marguerite s'enferme dans sa chambre, et se couche. Elle passe des heures à somnoler puis se lève, coléreuse, se regarde dans la glace, s'affecte de sa laideur et s'acharne à gratter les points noirs qui sont sur son nez. Puis elle se met à lire. — Elle a lu beaucoup de romans dans sa jeunesse. Mais actuellement elle se défend d'en rêver. « Elle est colère ». Que sa mère ou sa sœur frappe à sa porte, elle ne répond ni ne leur ouvre, ou bien les prie de la laisser tranquille. Le père a plus d'ascendant sur elle, mais il provoque alors des crises de larmes. Marguerite ne participe en rien aux travaux du ménage. — Elle ne s'en montre pas moins exigeante et ne supporte aucune critique.

Au dehors, Marguerite, susceptible et craintive, a le sentiment de ne pas être à la hauteur. Elle redoute

les moqueries, les questions de ceux qui la connaissent, les observations de ses supérieurs. Elle remplit bien, mais avec lenteur, son métier de secrétaire. Plus le temps passe et plus un sentiment d'infériorité s'accuse en elle qu'elle ne peut enrayeur. Mais en même temps elle est exacte, montre la plus grande bonne volonté et a l'impression de faire mieux que les autres. Elle rentre chez elle plus alerte qu'elle n'en est sortie. Sa figure reprend son masque fermé dès qu'elle a franchi le seuil de sa demeure. Et cela dure ainsi depuis le printemps.

En 1922, Marguerite a affecté toute l'année durant, un comportement semblable. Très déprimée le matin, elle revenait du travail en meilleures dispositions, mais reprenait bientôt son attitude indifférente, ou hostile, ou vindicative à l'égard des siens.

Les amis de la famille s'apercevaient à peine de cet état d'esprit. Hors de chez elle, Marguerite causait volontiers avec autrui. Ses préoccupations religieuses et sociales étaient empreintes de beaucoup de savoir-vivre, sans scrupules maladifs ni dévouements excessifs. Elle a obtenu facilement à 17 ans son brevet élémentaire, et voudrait concourir pour un grade supérieur à celui qu'elle s'est acquis déjà dans l'Administration.

La malade confirme les renseignements de sa mère. Elle avoue dès sa première visite qu'elle n'est pas comme les autres, qu'elle est stupide, qu'elle a du mauvais vouloir, qu'elle ne peut plus réagir, — enfin qu'elle préférerait mourir. — « Mon caractère est méchant, dit-elle, avec des tendances mauvaises. Je travaille sans réflexion,

sans jugement, comme une automate. J'ai le dégoût de la vie. »

Au bout de quelques semaines, son langage est bien différent. Elle se rend seule ponctuellement à la consultation et nous confie ses déboires.

Elle a grandi chez ses grands-parents jusqu'à l'âge de douze ans. D'un caractère renfermé, elle était cajolée par eux. Elle n'aimait le jeu ni le contact de ses compagnons et préférait rester seule avec sa grande poupée qu'elle chérissait par-dessus tout.

Lorsqu'il fallut rentrer sous le toit paternel ce fut un gros chagrin. Sa mère n'avait pas vis-à-vis d'elle les mêmes expressions de tendresse que sa grand-mère. « Maman était brève, dit-elle. Et je pleurais le soir dans mon lit. La présence à mes côtés d'une plus jeune sœur me gênait comme une chose toute nouvelle. Il me semblait qu'on la préférait et je m'isolais. Parfois j'étais jalouse d'elle et je refusais à ma mère de sortir avec elle. Je menais ma vie à part et lisais beaucoup. Si maman avait été plus compréhensive, j'aurais changé de caractère. — Souvent, après avoir été grondée, je cherchais à demander pardon et à embrasser maman ; mais elle restait impassible. Il me montait alors dans le cœur une vraie tristesse et de la révolte.

« D'autre part ma sœur ne me comprend pas. Elle sait seconder maman beaucoup mieux que moi-même et s'attire toutes les gentilleses. Ma jalousie déborde parfois et je ne puis me retenir de lui chercher querelle et nous nous battons.

« Quand papa est là cela change un peu, mais il ne me comprend pas bien non plus. C'est cela qui m'a poussée à chercher ailleurs de l'affection. Et pourtant mon naturel craintif ne s'en accommodait guère. Je suis entrée en relations avec deux ou trois jeunes gens. Celui que j'eus préféré est parti. Alors, je me suis repliée sur moi-même, de mauvaise humeur.

« L'habitude obsédante m'est venue de me regarder à la glace. Je m'y trouvais bête, idiote, et cependant je tiens à vérifier constamment la bonne correction de ma tenue. Je ne puis souffrir des points noirs sur le visage. (Symbole des déconvenues passées, des échecs futurs).

« Par moments aussi un vrai bien-être m'envahit quand je vois les autres dans la peine. Je me sens moins seule à souffrir. J'ai toujours en moi un fonds d'amertume qui fait que je ne suis pas disposée à être comme les autres. Je m'imagine les plus cruelles épreuves qui pourraient m'arriver, et c'est avec un calme effrayant. Dans mes lectures, les personnages méchants ou ingrats attirent toujours mon attention. Je reconnais souvent avec désespoir que je suis de leur genre. Et cela me satisfait d'attrister les miens. Comment me tirer de là ? Qui me comprendra ? Je me sens m'enfoncer chaque jour un peu plus et c'est trop ridicule. »

Marguerite n'ose préciser d'autre part ce qu'elle veut. « C'est une mauvaise humeur, un ennui qui la suit », dit-elle. C'est le désir d'occuper dans la vie la place qui répond à ses besoins affectifs.

Or il advint un deuil de famille, en février 1927, qui lui créa des devoirs tout nouveaux à l'égard de son

père dont elle se mit à tenir le ménage, cependant que sa mère et sa sœur étaient absentes. Cette vie à deux fut une révélation pour Marguerite. Nous avons su depuis qu'elle prenait également le plus grand intérêt aux œuvres d'un patronage d'enfants, et s'était créé hors de chez elle un milieu amical propice au rétablissement de sa stabilité psychique.

Cette courte observation est destinée à montrer l'agrégation des divers facteurs provoquant la bouderie schizophrénique au début : susceptibilité, rumination, intransigeance excitées par le concours des circonstances extérieures, prévalent sur l'indifférence du rêveur, activent l'hostilité latente de la constitution schizoïde et déterminent une réaction dont le malade devient le prisonnier.

OBSERVATION 16. — Idée fixe de laideur par préoccupation amoureuse. — Attitude, obsession depuis un an. — Inquiétude d'amour. Traitement (1).

Voici un exemple de la rapidité avec laquelle les idées fixes se développent dans certains esprits comme la conséquence quelquefois inattendue d'une préoccu-

(1) Névroses et idées fixes. Dr P. Janet, 3^e édition, Paris, Alcan 1924. Observ. 39, page 141.

tion quelconque. Vous voyez l'attitude singulière de cette jeune fille, Lg. âgée de 17 ans. Elle a sur la figure un épais voile noir, et en plus elle baisse la tête et tient ses mains devant son visage. Elle a une peur affreuse que vous puissiez voir sa figure. Pourquoi? C'est parce qu'elle est si laide, horriblement laide, c'est un monstre; elle a surtout d'affreux poils qui lui ont poussé autour de la bouche et qui la rendent hideuse. Voilà sa belle déclaration depuis près d'un an. Elle veut vivre dans l'obscurité et ne consent à sortir qu'avec toutes sortes de voiles pour cacher sa figure si horriblement poilue. Il est à peine besoin de dire qu'il n'en est rien et que cette jeune fille qui a tout au plus un peu de duvet sur la lèvre supérieure est plutôt jolie. Nous ne pouvons vous en convaincre aujourd'hui en levant son voile, ce serait l'occasion d'une scène de cris et peut-être même d'attaque de convulsions.

Cette idée obsédante qui se présente avec une sorte de certitude, car la malade n'admet pas de discussion sur ce point, semble bien incompréhensible. Il s'agit, en réalité, d'une sorte d'idée fixe secondaire qui s'est développée en conséquence d'une préoccupation amoureuse.

La suite des réflexions est assez singulière, un peu enfantine. Mais il en est bien souvent ainsi dans ces séries d'idées fixes qui se développent par des associations peu logiques, souvent à la façon des rêves. Cette petite malade était l'année dernière fort amoureuse d'un jeune homme qui a une situation de fortune un peu supérieure à la sienne. Elle en conclut que ce mariage

Était impossible, qu'elle ne serait jamais aimée par lui et cherchant des raisons de cette absence d'amour, elle inventa, nous ne savons trop à la suite de quel incident, cette idée qu'elle était trop laide. C'est une sorte de rêve qui s'est développé au milieu de quelques petites crises de nerfs et qui a envahi la veille. Bien que nous ne connaissions pas beaucoup la malade et que nous ne l'ayons pas hypnotisée, nous sommes convaincus que pour ne pas se borner à cette idée de laideur, l'amour malheureux et les réflexions analogues à celles que nous venons de faire ont dû jouer le rôle principal. Il a suffi de peu de chose pour troubler cette jeune fille qui appartient à une famille prédisposée par l'hérédité à ces accidents. Le père est à Ville-Evrard atteint du délire de la persécution et deux sœurs ont déjà déliré.

Vous pouvez aujourd'hui voir la figure de cette petite malade, Lg, qui se présente sans voile et vous pouvez lui affirmer qu'elle a tout avantage à ne plus en mettre.

Quelques exhortations à l'état de veille, la menace de la considérer comme folle, ce qui rendrait son mariage encore plus difficile, avaient en déjà un bon effet ; nous devons avouer que la guérison complète survenue en quelques semaines n'est pas entièrement notre œuvre. Des fiançailles survenues fort heureusement avec le jeune homme qui ne l'a pas trouvée trop laide ont eu une influence plus heureuse que celle de toute médecine.

Cette observation, rapportée par le Dr Pierre Janet,

est à rapprocher de l'observation précédente sur Marguerite G...

Celle-ci surveille son visage à la glace et en prend soin des heures durant, tout en se persuadant qu'elle est fort laide, bête, idiote. Celle-là baisse le voile pour acquérir la même persuasion. Toutes deux s'affectent de points noirs ou de poils, symboliques de leurs déconvenues passées et de leurs échecs futurs. Même irritabilité, même tendance à la dépression, même dépit... Même amélioration par le retour de circonstances favorables au déploiement de leurs tendances affectives.

N'y a-t-il pas lieu d'appeler boudeuse la malade de P. Janet?

OBSERVATION 17. — Crise Typique de bouderie chez une schizoïde constitutionnelle (1).

Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, dont les parents sont unanimes à déclarer le caractère « détestable ». Dès l'enfance, elle se montrait orgueilleuse, susceptible, ayant des colères brusques et violentes, et déjà des bouderies anormalement longues. A la maison, elle voulait toujours être la personne la plus importante, commandait ses frères et sœurs, les battait, les griffait, et arri-

(1) A. Borel : Rêveurs et boudeurs morbides. Journal de Psychologie, Paris, juin 1925.

vait ainsi à régner véritablement sur tous. Sa sœur cadette était sa bête noire : parce qu'on disait qu'elle était plus jolie qu'elle, et parce qu'ayant bon caractère, ses parents lui manifestaient une certaine préférence. Cette inégalité de traitement, — qui existait surtout dans l'esprit de la malade — l'exaspérait particulièrement. Aussi chaque fois que quelque chose d'agréable (cadeaux, compliments, etc...), arrivait à sa sœur, elle entraînait dans de véritables colères, et pour « se venger », se rendait encore plus insupportable que de coutume. Elle allait même jusqu'à simuler des crises de nerfs. D'autres fois, sa fureur se traduisait par une fugue à travers la campagne. Elle rentrait plus calme de ces promenades, mais souvent encore répondait de mauvaise grâce aux questions qu'on lui posait et parfois refusait de répondre pendant des journées entières.

Dès l'âge de 15 ans, ces sortes de fugues commencent de prendre un caractère pathologique par leur répétition même.

C'était à peu près toujours la même question qui les déterminait : sa sœur, plus jolie qu'elle, plus douce, et partant plus aimée. D'ailleurs dehors, dans la campagne, il y avait des compensations. Des promeneurs la rencontraient et souvent lui parlaient. Ces conversations l'amusaient. Cela prouvait qu'on faisait attention à elle et même à cet âge (13 ans) elle aimait déjà être l'objet d'attentions.

Les années n'amènèrent aucun changement. Colères, bouderies, fugues se succédaient. Mais devenue plus grande (18 ans) et bien développée physiquement, les

promeneurs assez rares autrefois, devenaient plus nombreux qui essayaient de lui parler. D'ailleurs, elle était d'une extrême coquetterie, adorant se parer, et n'étant heureuse que lorsqu'elle arrivait ainsi à se faire remarquer. Elle ne manqua pas d'y réussir — et trop bien même — puisque les parents prévenus de fréquentations suspectes au cours de ces escapades lui déclarèrent un jour qu'elle ne sortirait plus seule. Ce fut l'occasion comme on le pense, d'une nouvelle et plus violente colère, accompagnée de crises de nerfs. Puis, la crise passée, et ses parents apeurés restant autour d'elle, elle leur annonça avec rage : puisqu'on ne voulait pas qu'elle sortît seule, elle ne sortirait jamais plus.

A partir de ce moment, en effet, elle ne sortit plus et se confina dans sa chambre. Bien plus, elle ne s'habilla même plus, ne se leva plus. Allongée sur son lit, c'est à peine si elle se lavait. Finalement, elle devint d'une saleté répugnante. Interrogée, elle refusait de répondre, ou s'y prêtait par des propos ironiques souvent entièrement inadaptés.

Venait-on la voir et s'approchait-on d'elle, aussitôt c'était une attitude de défense très proche du négativisme. D'autres fois, au contraire, un relâchement complet. Quand on lui apportait ses repas, le comportement était identique. Ou bien elle refusait de prendre la moindre parcelle de nourriture, ou bien elle se laissait gaver à la cuiller comme une enfant.

Complètement inactive, elle avait parfois des mouvements brusques faisant songer à ces impulsions soudaines que l'on voit chez les déments précoces. Enfin

son attitude générale traduisait une sorte d'ironie hargneuse, alternant avec des expressions de dédain ou d'ironie.

Pendant six mois, cet état continua sans changement appréciable. Plusieurs médecins consultés posèrent le diagnostic auquel on devait obligatoirement penser : démence précoce, sa famille se décida au placement de la malade dans une maison de santé. Là, pendant deux jours, l'aspect se montra identique. Mais au matin du troisième, une sorte de coup de théâtre se produisit. Elle se mit à parler correctement, demandant instamment à ce qu'on fit venir ses parents. Elle ne voulait pas, en effet, rester dans une maison de fous. Et, à l'étonnement de tous, elle raconta qu'effrayée de se voir séquestrée avec des aliénés, elle renonçait à l'attitude qu'elle gardait depuis six mois, et puisqu'elle était guérie, on n'avait plus qu'à la faire sortir immédiatement. Elle promettait de ne pas recommencer.

Effectivement, une fois dehors, elle redevint pareille à ce qu'elle était autrefois, retrouva sa coquetterie et son goût de la parure, aussi bien que son activité et ses sautes d'humeur ; en un mot, elle reprit tout son ancien mauvais caractère.

Il y a maintenant deux ans que cet épisode s'est terminé. Aucune chute n'est survenue, du moins aucune rechute aussi marquée. Plusieurs fois cependant quelques ébauches s'en sont faites à l'occasion d'incidents futiles. En général, tout se bornait alors à des colères et à des fugues, ou même à des crises de nerfs. Mais quand il s'agissait d'une déception plus forte, pendant deux à

trois jours, elle refusait de sortir de sa chambre. Puis, la vie reprenait comme à l'ordinaire.

Or, il s'agissait d'une jeune fille intelligente, instruite, on pourrait dire cultivée, très capable par conséquent d'analyser au cours de ses bons moments l'état qu'elle présentait. Et voici ce qu'elle nous a dit : « Si j'ai agi comme je l'ai fait, c'est parce que j'étais furieuse ». On l'avait prévenue qu'elle ne sortirait plus seule puisqu'elle avait de mauvaises fréquentations. « Je n'avais commis aucun acte répréhensible. On n'avait donc pas le droit de m'empêcher de sortir. » Et elle ne faisait aucune difficulté pour avouer qu'elle avait été « horriblement froissée » de la suspicion qu'on avait d'elle. D'autant qu'on n'agissait pas de même avec sa sœur. (On se souvient de la jalousie malveillante qu'elle a toujours témoignée à celle-ci). Et elle continuait : « Ce que j'ai fait était raisonné. J'ai toujours su ce que je faisais, sauf quand j'étais trop en colère. » — « Je me suis dit : puisqu'on ne veut plus que je sorte seule, eh bien ! je ne sortirai plus, — même pas de ma chambre. »

On a vu comment elle tient parole.

Au cours de ces six mois, cependant, il y avait des moments où elle en avait assez de jouer son personnage. Mais « c'était plus fort qu'elle », une force obscure la poussait, un redoublement de fureur brusque survenu, et l'attitude reprenait de plus belle. Une sorte d'accoutumance s'était pour ainsi dire installée qui l'empêchait de revenir à la normale. « J'aurais voulu faire quelque chose, lire, je ne le pouvais pas. » D'ailleurs, dès qu'une idée de cet ordre traversait son esprit, dès qu'une détente

paraissait se produire, un frisson de mauvaise humeur la parcourait, coupant net tout velléité.

— « Mais en somme, vous boudiez ? » lui demandons-nous.

— « Oui, c'est vrai, je boudais. » Et d'elle-même, comparant son état avec des multiples bouderies si souvent survenues depuis son enfance, elle nous avoua : que tout était analogue dans l'un et les autres cas.

Quant à la fin de l'épisode, elle l'explique ainsi : « J'ai eu très peur. Il y avait à la maison de santé des malades gâteuses, des autres qui criaient et déliraient. Et j'ai su que plusieurs étaient là depuis des années. Cela m'a brusquement déterminée à guérir pour quitter cette maison. » La peur fut donc ici l'émotion salutaire qui parvint, sans grande difficulté, à vaincre la curieuse inhibition maintenant à son paroxysme cette bouderie longue de six mois.

OBSERVATION 18. — Violente opposition à la vie familiale. — Ereutophobie. — Négligence de la tenue et grand luxe d'artifices de toilette. — Idées ambitieuses insatisfaites. — Reproche aux siens son dénuement, son mariage manqué, l'obligation qui lui est faite de travailler — Goûts artistiques. — Dissociation entre l'activité mentale et pragmatique (1).

(1) H. Claude et G. Robin : Indifférence et négativisme schizomaniac. Annales médico-psychologiques, Paris, mai 1925.

Jeanne R..., est une jeune fille âgée de 32 ans.

Une tante du côté de sa mère a été internée à l'asile de Vacluse où elle est morte. Jeanne eut des convulsions dans l'enfance. Son caractère irascible l'empêchait de sympathiser avec les enfants de son âge. Elle était triste et solitaire, et ses parents la voyaient souvent plongée dans de longues rêveries. On l'avait surnommée « La Princesse ».

Très intelligente, très travailleuse, elle passa avec succès le brevet supérieur. Elle joue, paraît-il, merveilleusement du piano.

Vers l'âge de 10 ans elle commença à se montrer jalouse. Elle lui ferme brusquement au nez la porte de sa chambre pour qu'il ne puisse pas voir ce qui s'y passe. Si elle fait de la musique et qu'il vienne à rentrer, aussitôt elle ferme violemment le piano. Elle traite son père de gâteux, déclare qu'elle est dégoûtée de vivre avec des vieux et qu'un jour elle l'empoisonnera ou le tuera à coups de revolver.

Elle entre sans raisons apparentes dans de violentes colères au cours desquelles elle brise la vaisselle et le mobilier. Bien qu'elle ait refusé il y a un an, le parti qu'on lui proposait, elle vocifère que sa famille est ligüée contre elle, qu'on ne veut pas la marier. Elle prétend que c'est idiot de travailler et reste toute la journée à rêver dans sa chambre, qu'elle ne nettoie ni ne balaie jamais, « un vrai chenil », nous a dit son père. Négligeant sa mise, qui est tout à fait en désordre, elle passe au contraire la plus grande partie de son temps à s'enduire le corps et le visage de pommades, de fards et de poudres.

louse de sa sœur, qui est plus jeune et plus jolie qu'elle, et se détacha peu à peu de ses frères et de ses parents. Elle ne leur disait pas bonsoir, ne les embrassait pas, mais c'est surtout depuis deux ans que les choses ont pris des proportions vraiment troublantes et inquiétantes pour son entourage.

Elle refuse d'accompagner ses parents à la promenade, ou si elle est obligée de sortir avec eux, marche à l'écart. A table, elle mange à la hâte, l'air hostile, n'ouvrant la bouche que pour injurier les uns ou les autres, disant : « Ta gueule » à sa mère, frappant sa sœur, lui arrachant les cheveux, à tel point que celle-ci a dû quitter le toit paternel pour se réfugier ailleurs. Elle déteste ses frères, à l'exception de l'aîné, qui est capitaine d'artillerie, ce qui flatte son amour-propre. Le père n'a jamais voulu laisser sa femme seule avec sa fille. Il craint un malheur. Du reste, loin qu'il soit lui-même épargné, Il paraît qu'elle fait une consommation considérable de brosses à dents.

En raison de cette inactivité, et surtout de cette haine tenace vis-à-vis de sa famille, Jeanne a été conduite à l'asile Ste-Anne le 24 juin 1924. Mais elle ne vient qu'en rechignant dans notre bureau. Elle a des mouvements d'humeur, s'assied brusquement, refuse de regarder en face, tourne le dos, se cache la tête dans ses mains, présentant un tableau très poussé d'éreutophobie. On peut dire que nous n'avons pas encore vu le visage de notre malade. Elle s'oppose à tous les mouvements qu'on lui demande d'accomplir, se montre hostile avec tout le monde, et si on insiste pour lui faire faire un acte, se

lève brusquement, en proie à la plus vive colère, et sujette à des réactions impulsives.

Ses cheveux en broussaille lui cachent les yeux et la moitié du visage. Elle a dans les mains des mouvements nerveux d'agacement et passe son temps, quand on l'interroge, à rajuster sa chevelure avec des épingles.

Par intervalles, elle pleure. Elle a des réactions anxieuses, le visage contracté, les mains pressées l'une contre l'autre. Elle semble gênée, intimidée, malgré ses ains hostiles. Son esprit est concentré sur une idée ou sur un ensemble d'idées qu'elle ne veut ou ne peut livrer, et une grande activité psychique sous-jacente se laisse aisément deviner chez cette malade.

Elle s'irrite, trépigne sur place quand on insiste pour l'interroger: « Laissez-moi m'en aller, dit-elle. Non, je ne déteste pas ma famille. Mais elle ne s'occupait pas de moi; elle n'a rien fait pour me marier. J'aurais dû faire ma vie. Maintenant, tout m'est indifférent, tout m'est égal. Je ne tiens plus à rien. »

Cependant, on a nettement l'impression que cet aveu d'indifférence cache une affectivité intense, certes perturbée mais non *quantitativement* altérée. Pendant deux mois, Jeanne est restée enfermée, boudeuse, irascible, ne répondant aux questions que par monosyllabes, ne travaillant pas ou faisant quelques travaux de copie émaillés de fautes.

Cet état s'est sensiblement amélioré depuis 10 mois que nous l'observons. Elle répond plus docilement à notre interrogatoire, mais l'éreutophobie entraîne les mêmes

réactions forcenées d'opposition. Elle reçoit mieux sa famille. et, sans être affectueuse, n'insulte plus, ne rabroue plus comme elle le faisait, son père et sa mère.

Dans le but de venir à bout de la réticence de la malade et de cette sorte d'inhibition qui empêche l'expression exacte, lorsque la réticence cesse momentanément, nous avons employé le procédé qui nous donne souvent, dans les cas de schizomanie et de psychose affectives, de précieux renseignements : l'*éthérisation* (1). Pendant la phase de relâchement psychique qui suit l'anesthésie, Jeanne a répondu à quelques questions conductrices que nous lui avons posées :

« Non, je ne suis pas heureuse. Mais qu'on me laisse. Tout m'indiffère. Qu'on me laisse aller chez moi, je m'arrangerai, je travaillerai. Avant je n'osais pas, par timidité. Je ne mène pas une vie normale. »

« On préfère ma sœur. Ça a toujours existé : ça m'est égal, je n'en veux pas à mes parents. On m'accuse de détester ma famille. Ce n'est pas parce que je suis renfermée que je ne l'aime pas. Mais mes parents ont toujours eu du parti pris. Je ne suis pas méchante. J'en ai peut-être l'air, mais je ne le suis pas.

« On n'a jamais rien fait pour me marier. C'est la cause de ma mauvaise humeur. J'ai eu une désillusion... j'espérais. »

(1) Claude, Borel et Robin : Un nouveau procédé d'investigation psychologique : L'Éthérisation. Réunion biologique de Neuropsychiatrie à l'Asile Sainte-Anne 1924.

Sur la même question, H. Claude et G. Robin, *Encéphale*, juin 1925.

« Vous pouvez m'en garder cent ans, vous ne saurez rien parce qu'il n'y a rien. J'ai cru que ma vie était finie. Je ne me rendais plus compte de ce que je faisais. Je me suis laissée enfoncer. »

Une autre fois, nous lui demandons pourquoi elle se cache le visage et ne regarde jamais en face, et après une heure d'interrogatoire pressant, elle avoue avec beaucoup de gêne :

« Je ne regarde pas la face parce que j'ai peur de rougir... je rougis depuis l'âge de douze ans. » Ajoutons qu'elle n'a pas pris cette attitude dès l'âge de douze ans. Cette réaction est assez récente.

La malade, mise en confiance, a fini par nous avouer qu'elle avait connu avant la guerre un jeune ingénieur, ami de sa famille, avec qui elle pensait se marier. Toujours est-il qu'elle ne confia pas ses sentiments à ses parents qui sont toujours restés dans l'ignorance de cette aventure sentimentale. Elle devint l'amie de ce jeune homme peu de temps avant la guerre, le revit pendant les hostilités quand il venait en permission. Leurs relations continuèrent jusqu'en 1919, date à laquelle elles prirent fin sans que Jeanne sache pourquoi, sans qu'elle ait essayé, malgré son chagrin, de revoir son amant et lui ait écrit. Il s'est marié depuis.

Profondément affectée, peu à peu elle se laissa aller au découragement, refusa de sortir, se négligea, devint haineuse à l'égard de sa famille à laquelle elle reprochait de n'avoir rien fait pour la marier, marquant d'un caractère morbide ses tendances naturelles à l'isolement, la concentration, la rêverie, la jalousie vis-à-vis de sa sœur.

Persuadée que le malentendu vague, mal formulé, qui l'avait toujours tenue à quelque distance de ses parents ne ferait que s'accroître si elle avouait son chagrin, puisque la malade nous a dit que sa famille « ne la comprenait pas, ne l'avait jamais comprise », elle semble l'avoir mêlée au malheur qui l'a accablée, l'en avoir considérée comme responsable, pour des raisons qui peuvent être tenues pour peu valables devant la logique formelle, mais qui, dans le psychisme profond de la malade, paraissent soumises à une logique affective singulièrement serrée, si l'on en juge d'après son attitude.

Depuis lors, nous avons pu revoir Jeanne R... (novembre 1927). Elle est affectée des revers nouveaux subis par sa famille depuis son entrée à la clinique. Sa mère a une nouvelle attaque. Il a fallu que le foyer tout entier s'éloigne de Paris. « Si je sortais, dit-elle, il faudrait me mettre au travail, je ne sais pas très bien lequel. » Elle redoute cette éventualité. Elle accepte plus volontiers de broder et de s'ennuyer un peu. « Ce n'est pas gai de vivre avec des folles. » Mais elle sauvegarde sa solitude, ses habitudes et son indépendance.

OBSERVATION 19. — Indifférence ironique et méprisante. — Autisme. — Haine familiale. — Symptômes inconsistants d'action extérieure. — Mutisme.

Charles L... est un garçon de 19 ans qui a cessé tout travail depuis trois ans, hormis la lecture de quelques

livres de science et de médecine pour trouver, dit-il, l'explication des troubles qu'il ressent.

Indifférent ou hostile à son entourage, haineux à l'égard de son père, il rend la vie de famille impossible.

Dès qu'on l'interroge, il montre une certaine réticence méprisante : « Vous n'êtes pas capables de me comprendre. » Ses prétentions de supériorité ont apparu vers l'âge de 15 ans, époque à laquelle il a quitté l'Ecole, sans obtenir autre chose que son certificat d'Etudes. Il n'a pas appris de métier, se renferme en lui-même, préfère qu'on ne s'occupe pas de lui et déteste qu'on l'embrasse.

A ses parents qui l'invitent à prendre une carrière, il répond : « Vous ne cherchez qu'à gagner de l'argent, Juifs !... »

A plusieurs reprises, Charles L... pratique le jeûne. Son amaigrissement devint tel il y a quelques mois qu'il fallut l'envoyer à l'hôpital pour suivre un traitement. Il manifeste certaine tendance à la catatonie et se rétablit mal.

La perplexité de ses parents est grande sur la suite qu'ils doivent donner à l'éducation de leur enfant qui par ailleurs, dans son jeune âge, s'est montré très studieux, très doux, mais sans grande expansion affective.

Un cousin germain du père est décédé, interné en asile.

Depuis son entrée à la clinique (février 1927), Charles L... ne se départit pas de son indifférence, souvent méprisante. Il prétend qu'il ne pense à rien. Il ébauche successivement toutes sortes d'états fugitifs ; suivant les jours, on peut le croire halluciné, persécuté, hypocon-

driague ou simplement asthénique. Il sort parfois de son attitude introspective et parle d'influences dont il serait victime : « C'est de Lourdes qu'ils ont agi avec l'Institut Curie. On me tourne la cervelle. On me bourdonne dans les oreilles. Ce n'est pas distinct du tout. »

Ces signes sont inconsistants et ne donnent lieu à aucune réaction suivie. Ils semblent plutôt faire partie des fabulations dont Charles L... use fréquemment. Il se dit roumain, né en 1907, depuis 7 ans en France, ayant oublié sa langue maternelle en raison de ses troubles de mémoire. Il parle d'éclatement du crâne, prétend s'appeler Robert, énonce des expressions médicales à tort et à travers.

Après six mois d'examen, on le retrouve le même et il affirme à nouveau : « Je ne vous comprends pas. J'ai une manière personnelle de voir les choses. Je suis porté vers d'autres idées. J'ai une facilité extrême à me représenter les paysages d'autrefois ou telle personne que je n'ai même jamais vue.

Je ris parfois involontairement et suis victime de mon rire. — Puis il se tait et ne veut pas soutenir la conversation commencée : « Cela me fatigue de penser à quelque chose et n'avance à rien. »

L'hostilité à l'égard de sa famille persiste, entière, et l'activité pragmatique de Charles L... jusqu'à ce jour (décembre 1927), est stérile. Il garde pourtant la mimique et le regard d'un homme concentré dans sa réflexion et buté dans son attitude.

Son état physique laisse à désirer. Charles L... admet la nécessité de s'alimenter et accepte la surveillance du

personnel à cet égard. L'examen somatique ne révèle aucune insuffisance ou lésion fonctionnelles nécessitant une thérapeutique particulière. Charles L... mène une vie très séparée de ses voisins, s'adonne parfois à l'onanisme et montre moins d'hostilité qu'au début à l'égard de ceux qui s'occupent de lui. On ne peut obtenir de lui ni écrits ni dessins. Il lit et passe sa journée à ne rien faire.

Les cinq observations de ce groupe correspondent-elles au syndrome schizophrénique tel qu'il a été décrit?

Sans doute l'activité autiste apparaît-elle restreinte et pourtant n'est-ce pas elle qui veut prévaloir envers et contre tous les obstacles ? On ne me marie pas (Jeanne R...). J'ai une manière personnelle de voir les choses (Charles L...). Je ne puis souffrir les points noirs sur ma figure (Marguerite G...). Le refus de montrer son visage (Lg), de sortir sinon seule (Obs. 14), constituent autant d'expressions négatives d'une activité mentale sous-jacente, élective et obstinée. Cette bouderie traduit bien par sa durée certains caractères constitutionnels propre aux schizoïdes, dont les tendances à l'intériorisation se développent au détriment de toute concession à l'ambiance et peuvent s'accompagner de revendication.

On retrouve chez le paranoïaque, ces éléments d'intransigeance et de revendication. Mais ils s'affirment sur un tout autre ton. Le paranoïaque a son plan. Ses projets sont raisonnés. Ils dérivent d'une notion exacte de l'ambiance et ne sauraient s'affirmer en dehors d'elle. Le boudeur revendique sans exactitude et sans discrimination

exacte de ce qu'il veut. Il se refuse au sort qui lui est fait sans chercher à en tirer parti. L'ambiance lui déplaît. Il s'en tient là. Il craint la vie. Il la redoute. Il manque d'attrait pour elle. Sa revendication exprime non point un stade de son évolution psychique, mais une fin.

Aussi passe-t-il insensiblement aux attitudes négativistes.

6^e GROUPE

BOUDEURS. — ATTITUDES NÉGATIVISTES

OBSERVATION 20 (1). — Etat de dépression psychique, avec anorexie mentale et désir de mourir chez une schizoïde constitutionnelle. — Expansion imaginaire très développée, de nuance mystique et ambitieuse. — Hostilité à l'égard de la famille. — Autocritique. — Amélioration psychique. — Exitus par maladie intercurrente.

Depuis plusieurs mois G..., âgée de 20 ans (1925), devient sombre, se confîne dans sa chambre et se refuse à la sollicitude familiale. Elle s'oppose aux soins qu'on veut lui donner, elle refuse de s'alimenter. Lorsqu'elle parle, elle est ironique ou hostile. Elle ne vague plus à aucun travail.

Devant l'échec de ses efforts, la mère de G... se décide à amener sa fille à la clinique (1926). G... apparaît, dès le premier examen, comme une anorexique mentale en pleine crise de dépression. Son état général est très mauvais : grande maigreur, intolérance gastrique, diarrhée, fièvre. Cependant G... n'évite pas les soins d'une manière absolue : elle boit son verre de lait elle-même et prend ses remèdes lorsqu'on insiste et qu'on reste à côté d'elle. Au bout d'une quinzaine de jours, tout danger d'aggravation est écarté. G... reprend des forces, la fièvre tombe, mais le traitement exige certaines précautions, car G... est albuminurique. L'amélioration de son état

(1) Observation due à l'obligeance du Dr J. Tinel.

ne détermine aucune modification durable de son psychisme. L'hostilité de G... à l'égard de sa famille ne fait que croître et son mutisme persiste à l'égard de ceux qui la soignent. Lorsqu'on entre dans sa chambre, on la trouve invariablement assise à la tête de son lit, les jambes repliées sous elle, blottie, la figure triste, le regard perdu. Indifférente à ce qu'on lui dit, à ce qui se passe autour d'elle, incapable de tout travail, elle reste dans sa posture stéréotypée. On lui parle. Parfois un hochement de tête, d'épaule, ou bien quelques monosyllabes d'une voix lasse ébauchent une réponse. On n'obtient rien d'elle par la force pas plus que par la douceur.

Deux mois après l'entrée de G... à la clinique, la fièvre reparaît avec de la toux. On découvre un petit foyer au sommet pulmonaire gauche. La malade n'est pas affectée par cette nouvelle atteinte et semble plutôt s'en réjouir. Elle émet elle-même l'hypothèse de bacillose. La radioscopie révèle une infiltration du sommet gauche. On se trouve en présence du réveil probable d'une lésion ancienne sous l'effet de la réactivation de l'organisme débilité.

En octobre 1926, les phénomènes pulmonaires paraissent s'amender. La fièvre tombe. L'état général est satisfaisant. Mais on ne constate aucune modification durable de l'état psychique. Cependant G... semble s'émouvoir au moment de Noël, et en janvier 1927, elle vient nous trouver d'elle-même, et après s'être excusée d'avoir résisté plusieurs mois à nos sollicitations, nous expose oralement et par écrit les raisons de son attitude.

« Pourquoi ne voulez-vous pas que je meure ? Je préfère mourir. Je ne veux rien. Je vole aux autres les soins que vous me donnez. Je ne puis les supporter, parce que je ne pourrai jamais vous les rendre. Mon irritation à l'égard des miens provient de ce que je leur suis à charge, inutilement. Une seule chose : mourir. »

La malade développe ces thèmes les uns après les autres et insiste sur eux au point de faire croire à de la mélancolie avec négativisme. A d'autres moments, son hostilité, son mutisme, son inertie, rappellent la D. P.

Pourtant il n'en est rien. Sous les apparences de discordance qu'elle présente, G... nous confie peu à peu son histoire :

« Les souvenirs les plus anciens que j'ai remontent à l'âge de 4 ou 5 ans. A cette époque, ma jeune sœur n'était pas encore née. Je vivais donc avec mon père, ma mère et mes deux sœurs plus âgées que moi de 3 et 5 ans. Je n'ai jamais beaucoup vu papa ; dans la journée, il était au dehors. Il rentrait souvent après le dîner. Mais le soir, dans le salon, papa nous faisait souvent la lecture à haute voix.

« J'ai toujours été très garçon. Il paraît que bébé, je ne voulais jamais aller avec les dames, mais dans les bras de messieurs que j'appelais « papa ». Plus tard, il m'est arrivé de demander sérieusement à maman : « Alors, je ne serai jamais un garçon ? » J'ai toujours aimé jouer avec les garçons. J'ai toujours aimé jusqu'à ces dernières années, me coucher tard et me lever tôt.

« Je ne me fis jamais d'amies. De bonnes camarades sans doute, mais jamais au delà. Mes sœurs se sont fait

de vraies amies ; moi, je trouvais toujours que nous n'aurions pas « senti » les mêmes choses de la même façon. Je n'ai jamais recherché une amitié. Continuer à vivre avec une compagne qui ne vibre pas ? Non, je ne le voulais pas. Je préférais rester seule et me prenais parfois à penser à ma sœur mort-née : c'est peut-être elle et moi qui nous serions rejointes.

Enfin, comme tout le monde, je fis des rêves. Toute petite, je voulais être marin ou violoniste. Plus tard, je me suis rendue à l'évidence mais le regret est toujours resté. J'ai toujours voulu voyager à travers des pays inconnus, sauvages, mystérieux, la grande nature m'attirait tant. En grandissant, je voulais vivre vraiment, connaître, savoir. Etre en arrière me paraissait horrible. Après la mort de notre pauvre père survenue pendant la guerre (j'avais neuf ans), je rêvais de projets que je m'imaginais réalisables — je voulais me suffire à moi-même, aider maman, je calculais... Et ma désillusion fut terrible quand il me fut prouvé que je n'y parviendrais pas. Je voulais avoir des notions d'art, avoir mon jugement et non celui des autres, je voulais — et cela je ne l'ai jamais dit — être au courant des travaux de mon père, je regrettais de ne pouvoir les continuer parfaitement, et peut-être bien au fond de mon âme n'y renonçai-je jamais absolument. De toute façon, j'ai beaucoup voulu et n'ai rien pu.

« Dans un monde civilisé, être en arrière me paraît horrible. Je voulais vivre vraiment.

Pendant quelques années ma mère m'avait confié

ma petite sœur. Quelle douleur quand je dus me séparer d'elle !

Vers l'âge de 15 ans, je tombai malade. L'étude, tantôt permise, tantôt défendue, me demandait peu à peu de réels efforts. Le sentiment de mon impuissance physique et intellectuelle pénétrant en moi, je perdis — ce fut une raison — mon caractère vif et joyeux.

« A présent, je me réfugie auprès de mon cher papa ; je lui parle, il me parle — je sais trop bien que c'est moi qui parle en moi-même pour lui, hélas. Je me sens près de lui, avec lui ; c'est inexprimable de me blottir contre lui, de me confier à lui, sentir qu'il me comprend, qu'il me tient dans ses bras. On m'a dit que je lui ressemblais. Je sens son regard posé sur moi, tristement. Il me console. Ah ! s'il revenait, que se passerait-il ? Mais les choses, où elles en sont, serait-ce bon ? Oh ! qu'était-ce la vie, pour lui ? Comment la jugeait-il ? Voilà ce que je voudrais savoir et ce que je ne saurai jamais !

« Et maman ? C'est affreux ; je ne me sens parfois aucun attachement pour elle ; elle et moi ne pouvons pas voir la vie sous le même jour. Elle est croyante, papa et moi ne le sommes point. Papa, oui, c'est toujours vers lui que se dirige ma pensée. Maman, je ne me sens plus aucun élan vers elle. La honte seule me recouvre et pourtant je me sens méchante envers elle. Pendant les visites, je pense : « Ah ! si je n'étais plus » ou « Si papa était là ». On vient de fermer la porte d'entrée. A ce bruit, je vois papa venant ici. Je sais bien qu'il ne viendra jamais. Quel mot affreux : jamais !

Je me revois enfant, en compagnie des camarades, et soudain, à propos d'une chose ou d'une autre,

je pensais : Elle a son père, mon papa ne reviendra jamais ! S'il était là !... Bien des choses auraient été ou seraient changées. Ma mère n'aurait pas travaillé au dehors. Mais, croyez-moi, je suis très laide moralement. je deviens de plus en plus égoïste, etc.

« Chaque fois que vous venez me voir et que vous m'obligez à vous répondre, vous me ramenez sur cette terre pleine de victimes et de souffrances. Quand je suis seule, je passe des heures entières à ne penser à rien, ou bien je suis sur les genoux de papa, où je passe des moments d'une douceur indescriptible. Aussi, quand vous venez, pardonnez à ma mauvaise humeur.

Quand ma famille vient me voir : parler de quoi ? Je ne trouve rien. Je ne parle de rien. Rien ne m'intéresse. Peut-on faire tant de peine sans le vouloir ? Je voudrais dire un mot aimable — j'ai trop le sentiment de ne pas le penser — et quelque chose de plus me retient. J'ai vraiment admiré maman, je voulais lui ressembler, mais ajouter à ses qualités certains côtés de papa. Oui, j'aurais plus été en communion avec lui, si j'avais pu pénétrer dans sa vie, vibrer avec lui. Toute jeune c'était un peu comme un but à atteindre et à poursuivre ensuite. Il me semblait que la vie lui serait un peu revenue. Comprenez-vous le profond de moi-même ; ce qui m'a poussée continuellement à tant désirer ?

« Et représentez-vous ma peine. Plus je grandissais, et voyais mes rêves prendre des racines profondes, plus j'étais incapable. Oh ! mon pauvre papa ! Et il voit que jamais je ne pourrai rendre ma mère heureuse. »

Un mois après, la malade s'exprima ainsi : « Cela

me fait très bizarre de penser que je parle tant à un homme sur cette terre. Souvent, il me semble n'être pas sur terre — je parle d'âme à âme. Ou je pars et ne suis pas ici — ou je m'y sais mais vogue ailleurs ! Loti est un auteur malsain au dire de certaines personnes, car les lecteurs, trouvant le rêve mille fois supérieur à la réalité, jugent la vie amère, sans beauté, dépourvue de nobles sentiments. J'ai toujours aimé Loti, et je ne me trouvais pas désenchantée en reprenant, le roman fini, la vie coutumière. Je voyais d'autres lieux, d'autres vies. L'impossible n'existait pas pour moi. Rêver est beau, mais une fois le rêve fini, il faudrait agir. Je m'en sens incapable. Tel un fumeur d'opium, je cherche à prolonger mes rêves, même ceux que j'adapte à la vie — c'est à une vie que je n'aurai jamais. Oh ! ces rêves, où, les yeux grands ouverts, je suis avec papa ! »

Un autre jour, dans un plaidoyer véhément, G... prouve que l'existence d'un Dieu juste et bon est un leurre, car l'injustice et la douleur couvrent la terre.

Plus tard, la malade précise : « J'ai peur de prendre goût à une vie de paresseuse. Ah ! que je ne tombe pas si bas. Pour vivre, il faut un grand courage intérieur que je n'ai pas. Si mon père avait été là, je ne sais pourquoi, mais il me semble que j'aurais valu quelque chose. Je me surprends — ne suis-je pas folle — à répéter plusieurs fois de suite un fragment de phrase, un bout de phrase, sans queue ni tête. Je me le répète parfois, et c'est alors le comble, sur un air de musique. Certains jours je pense, puis... crac, arrêt complet. Quand je reviens à moi, je cherche ma pensée dernière et ne la

retrouve pas toujours. Je recommence ce manège plusieurs fois de suite.

Je rêve parfois que nous partons tous deux, mon père et moi, pour le Turkestan russe, mais hélas, le rêve sitôt ébauché est brisé. Et toujours, toujours, nous sommes deux, lui et moi. Les autres ? Je n'y pense jamais à ces moments-là. Dernièrement seulement, avec un coup au cœur, je me suis dit : Et ta mère, tes sœurs, ton beau-frère ? Non, jamais il n'en était question dans ces folles randonnées de mon imagination. Je me suis aperçue, à ma grande honte, que je faisais souvent des comparaisons. Que voulez-vous ? Je suis comme l'écureuil en cage. Je formais le projet d'aller seule en Asie, revoir les pays par lui parcourus. J'ai demandé des livres parlant de l'Asie — aucun intérêt ne me poussa à les lire. Tout m'est égal — c'est lui seul qui m'occupe.

La phrase du roi de Aunes :

Mein Vater, mein Vater, und hörest du nicht

Was Erlen König mir leise verspricht

se fait mienne souvent. Mais ce n'est pas de la mort que j'ai peur, moi ; j'ai peur de la vie. »

Enfin, G... subissant l'ascendant du traitement de la clinique, finit par dire :

« Je commence à avoir peur de prononcer ce nom : Papa. Savez-vous pourquoi ? Parce que lui et moi ne sommes plus seuls ensemble. J'en pleure. Je me suis toujours plu à être avec lui. Plus j'y étais, plus je souffrais et étais heureuse en même temps. Mais maintenant, je vous en parle, vous êtes là aussi. Et puis, je me fais l'effet d'une personne qui jouit d'une chose, et va se

plaindre ensuite des souffrances qu'elle ressent de par sa faute. Je vous en ai trop dit. Ah ! la parole est d'argent et le silence est d'or, etc. »

La malade partit en mars pour un sanatorium. Elle redoutait de s'y rendre et de quitter la clinique avant la guérison de sa « folie ».

Au cours du printemps, son état pulmonaire s'aggravait. Revenue chez elle, elle nous écrivit à la fois son ennui de vivre et l'intérêt nouveau que lui offrait son milieu familial. Elle fit loyalement tous ses efforts pour guérir. Il était trop tard. Elle mourut de bacillose ulcérocaséeuse à l'automne 1927.

OBSERVATION 21. — Négativisme depuis 1912, consécutif à choc émotif. — Inertie. — Mutisme. — Gâtisme. — Emotivité conservée. — Affectivité intense. — Amélioration. — Rechute. — Mutisme absolu. — Exitus.

Rachelle D... (1) (30 ans), manifestait dès l'enfance une tendance à la mauvaise humeur. Elle n'avait pas d'amies, refusant de jouer pour des raisons que l'on ne comprenait pas et préférait vivre seule. D'ailleurs, elle

(1) Cette observation a été publiée avec de plus grands détails. H. Claude, Borel et Robin : Discordance entre l'activité pragmatique et l'activité intellectuelle. *Annales médico-psychologiques*, 1924.

était renfermée, un peu méfiante et surtout entêtée. Intelligente et appliquée, elle fut cependant bonne élève à l'école et jusqu'à l'âge de 20 ans ne présente aucun incident morbide digne d'être signalé. A ce moment, à la suite d'un mariage manqué (par refus de consentement des parents), un changement survint, d'abord lent, puis progressivement accentué. On la vit perdre son activité, rester des heures entières pensive, marmottant des paroles à demi articulées. Elle obéissait cependant aux ordres donnés par ses parents, mais à contre-cœur, montrant par moments une mauvaise humeur évidente. Bientôt, il devint difficile de la faire sortir de sa torpeur et une véritable attitude négativiste se manifesta. Interpellée, elle ne répondait pas, prenait un air hostile, hargneux et parfois devenait brusquement violente, brisant tel objet qui se trouvait sous sa main. Finalement, elle tomba dans une inactivité complète s'isolant dans un coin, avec une mimique traduisant une colère contenue. Indifférente à ce qui se passait autour d'elle, témoignant une inaffectivité entière, quand ce n'était pas de la haine à ses parents, ne prenant plus aucun soin même élémentaire de toilette, refusant de manger, gâtant même par intermit- tences, son état devint tel qu'il fallut songer à l'interner. A l'asile tout persiste. Etendue dans son lit, d'aspect hostile, elle demeurait comme figée en des attitudes toujours les mêmes, constituant de véritables stéréotypies. Le syndrome de la démence précoce paraissait complet : négativisme, refus d'aliments, paroles marmottées à voix basse, refus de répondre, indifférence, apathie, inertie, etc., etc. Cependant, à de certains moments, une émo-

tivité passagère, souvent s'éveillait et comme on parlait devant elle de son état, plusieurs fois elle se mit à pleurer. Enfin, après de nombreux interrogatoires restés infructueux, elle consentit à donner quelques explications sur son attitude qui, à cette époque, durait depuis près de huit années : « On aurait dû me marier. » Alors qu'elle était moins atteinte et qu'elle était encore chez ses parents, ces mêmes mots elle les avait souvent proférés. Et dans ses paroles marmottées, souvent aussi ils revenaient. A force d'insistance, on finit par connaître l'essentiel. Elle n'avait jamais pardonné à sa famille son mariage manqué, ni sa vie qu'elle jugeait perdue. Profondément ulcérée, au lieu d'oublier sa déception, elle en conservait l'irritation toujours présente, et se sentant ou se déclarant impuissante à se refaire une autre existence, elle s'était ainsi peu à peu fixée dans cette attitude de bouderie coléreuse, ne voulant, ne désirant plus rien, puisqu'elle n'avait pu obtenir ce qu'elle avait désiré.

D'ailleurs, une fois le mot de l'énigme connu, une psychothérapie active fut employée, qui — chose remarquable — donna bientôt des résultats. Au bout de quelques mois, une transformation se produisait, incomplète cependant. Mais l'activité revint et presque même de l'entrain. Dans le service, elle s'occupa, aidant les infirmières. Souple, docile, elle se renfrognait seulement quand ses parents la venaient voir. Elle n'aimait pas à parler du passé, pleurait lorsqu'on l'y forçait, mais finissait par répondre et avouait alors les causes cachées.

Elle avouait surtout sa pseudo-indifférence de cette époque qui n'était que l'aspect tout extérieur d'un état

affectif intense : colère et rancœur. Enfin, loin d'être aussi absente qu'elle le paraissait, on pouvait constater qu'elle avait tout noté au cours de ces années, qu'elle savait tous les menus événements, noms des personnes, futilités, etc., qu'elle avait en un mot, sous une apparence démentielle, conservé même alors une activité psychique cohérente, logique, intacte, mais seulement anormalement orientée.

Nous devons ajouter que cette amélioration fut de courte durée. Comme on l'avait cru guérie, sa sortie fut permise, et trop tôt peut-être, car retrouvant son milieu et ses parents, quelques jours suffirent pour qu'une rechute se produisît. Ramenée presque aussitôt à l'asile, tout le résultat d'une patiente psychothérapie se trouva détruit. Refusant systématiquement de manger, un amaigrissement progressif apparut en même temps que tous les anciens symptômes. Pareillement hostile et renfrognée, il devint de plus en plus malaisé de la sortir de son inertie, et seul l'interrogatoire après éthérisation, permit de constater la persistance d'activité mentale, aussi bien d'ailleurs que celle de l'ancien complexe affectif, sous le masque d'indifférence totale à l'ambiance. Finalement une affection intercurrente l'emporta, après un nouveau séjour d'un an à la maison de Santé.

OBSERVATION 22 (1). — Troubles coenesthésiques. — Anorexie mentale. — Désir de mourir. — Disinsertion

(1) Observation due à l'obligeance du D^r J. Tinel.

psychique consécutive à chocs émotifs. — Dépit. — Autocritique. — Exitus.

Dès 1916, Renée V... suit un régime alimentaire pour faciliter sa digestion et fortifier sa santé. Elle est la cadette de sa famille, sa sœur aînée lui porte ombrage. Ses parents, qui la savent très renfermée, la retirent de l'école au cours de son enfance et lui font donner des leçons particulières. Elle ne regrette guère ses camarades et conserve l'amitié d'une seule d'entre elles, dont le frère, déjà à cette époque (14 ans), lui est très cher.

Elle rêve d'une vie heureuse, luxueuse, artistique et elle est convaincue d'y parvenir lorsqu'elle aura vingt ans. Arriver à cet âge devient pour elle comme une accession au bonheur.

En 1919, elle a 17 ans. Les assiduités du jeune homme, qu'elle aime d'ailleurs, l'obligent à prendre position à son égard. Elle renonce à lui et l'éconduit parce qu'il appartient à une condition sociale inférieure à la sienne. « Ses parents, dit-elle, ne l'auraient jamais accepté. » Elle le suppose du moins, car jamais elle ne leur en a parlé.

La rupture avec son jeune ami déclanche en elle un chagrin profond. Elle ne s'en ouvre à personne. Des signes digestifs réapparaissent. Renée V... mange de moins en moins et avec difficulté.

En 1920, la question de l'alimentation prend tournure de problème d'ordre pathologique pour la malade comme pour l'entourage. Elle obtient de ne manger qu'au lit dans sa chambre et ce qu'elle veut. Il s'ensuit un af-

faiblissement général progressif, qu'aucun traitement médicamenteux, qu'aucune sollicitude familiale, ne parvient à enrayer. Il faut agir plus activement. Parents et médecins prennent une attitude plus ferme. Renée V... s'en affecte et s'y oppose. Elle tient le raisonnement suivant : Ce qu'elle a n'est pas nerveux mais organique. Elle est réellement malade. Il faut qu'on la soigne. Il faut qu'on soit à son chevet, à la suivre de près, à sa disposition. Les contestations se multiplient.

Les années passent ainsi. En 1924, le mariage de la sœur aînée jette la malade dans une crise de tristesse et de dépit qui rendent sa présence au foyer insupportable. D'ailleurs, ses vingt ans ont sonné sans lui apporter le moindre bonheur. C'en est fait. Renée V... ne se prête plus à aucun traitement. Elle entrave toutes les tentatives. Il faut la mener dans une clinique en Suisse, près de Genève, où elle passe l'été 1925.

Son isolement là-bas ne fait qu'augmenter sa rancœur à l'égard des siens. Elle s'enferme dans un négativisme dont elle ne se départira plus. Comme elle se plaint de douleurs abdominales aiguës, on décide une opération exploratrice, avec appendicectomie, qui n'aboutit à aucun résultat.

En automne 1925, la malade est rapatriée. Il faut l'alimenter de force. De clinique en clinique elle arrive dans le service en février 1926.

Malade, pâle, assez amaigrie, Renée V... s'exprime correctement et paraît d'un accès facile sur tout sujet qui ne concerne pas son cas directement. L'emploi de son temps ne la préoccupe guère. Elle reste au lit à ne

rien faire, lit un peu et somnole. On peut causer avec elle fort agréablement. Elle témoigne d'une excellente éducation et d'un jugement bien équilibré.

« Oui, je tiens à la vie — mais maintenant c'est trop tard. » Dès qu'on lui demande les raisons de son inertie actuelle ou de son hospitalisation, elle répond invariablement :

« Je suis très malade. J'ai quelque chose là (région sternale). Les aliments ne passent pas. C'est une brûlure atroce en cet endroit, dans la poitrine. Il faut m'opérer. »

Une radioscopie pratiquée dans le service, n'a décelé aucune lésion œsophagienne, aucun sténose, aucun trouble fonctionnel.

« On me martyrise. Vous me tuez en me faisant manger. Laissez-moi mourir. (Supplication avec larmes.) Si je ne mange pas je mourrai ; mais si je mange, je meurs aussi. On ne veut pas me croire. »

L'alimentation de force ne réduit en rien l'obstination de la malade, qui parvient parfois à vomir ou jeter ses aliments. Au mois de juin 1926, cependant, son état général est amélioré. Elle se lève plus volontiers. Elle s'alimente seule, et s'intéresse davantage à ce qui l'entoure. Elle plaisante avec d'autres malades. Elle évoque son passé plus aisément, et c'est à ce moment que nous obtenons d'elle les renseignements rapportés plus haut. Elle en parle avec la plus grande amertume. Elle revit ses espoirs déçus et montre encore à les livrer une certaine réticence. Elle n'entrevoit pas la possibilité de remonter la pente. Le jeune homme qui l'a aimée, s'est

marié. Son avenir est un trou noir. Elle ne peut prendre son parti de la façon dont elle a été traitée. Elle préfère retourner chez elle et mourir chez ses parents. Depuis six ans, elle traîne une vie de misère et rend sa famille responsable de son état actuel.

Reprise par sa famille, Renée V... meurt au printemps 1927.

Cette observation succincte pourrait se rapporter aussi bien à la mélancolie qu'à la bouderie d'origine schizophrénique. Les troubles coenesthésiques, l'idée fixe, la dépression, le négativisme, comptent parmi les symptômes de la maladie. Et pourtant ces troubles coenesthésiques ne déterminent pas cette tristesse morbide, insurmontable, accompagnée d'hyperesthésie émotive qui parvient à troubler la conscience et la personnalité entière du mélancolique. Renée V... localise minutieusement sa douleur, sans marquer de tendance générale hypocondriaque. Elle décrit son cas avec une parfaite lucidité, se montre très calme, voire satisfaite de l'état dans lequel elle est. Son refus d'aliment, son désir de mourir, ne sont point issus d'une concentration pénible de l'esprit, avec idée d'indignité ou de culpabilité. Elle n'est sujette à aucun épisode anxieux. Lorsqu'on analyse point par point le mal dont elle souffre, elle se défend mal et se cantonne dans son désir irrévocable, réfléchi, d'en finir avec la vie.

OBSERVATION 23. — Regrets morbides (1).

Il s'agit d'une malade âgée de 47 ans, mariée, ayant une fille de vingt ans.

Le mari ne nous fournit que des renseignements sommaires sur les antécédents de la malade. Avant l'apparition des troubles actuels, il ne veut avoir remarqué chez elle aucun trouble psychopathique. Il y a deux ans et demi, la malade fut opérée d'un fibrome. Elle n'eut plus ses règles depuis. Un an après l'opération, apparurent les premiers troubles mentaux. La malade disait qu'on la suivait dans la rue. Cette idée disparut par la suite, mais fit place à d'autres manifestations morbides. La malade commence à voir des choses imaginaires, et plus particulièrement une fillette qui avait été à l'école avec elle il y a quarante ans.

Par moments, la malade a des accès d'énervement. Elle jette alors par terre tout ce qui lui tombe sous la main, dit des gros mots et cherche à se faire du mal. En dehors de ces accès, elle parle peu, ne suit pas la conversation, semble être absorbée par ses pensées. Elle disait qu'elle se déplaçait à la maison. Il y a trois jours,

(1) Minkowski : Annales médico-psychol. Nov. 1925. Nous rapportons ici succinctement cette observation de troubles schizophréniques de la période de la ménopause, qui s'apparente aux cas atténués de bouderie négativiste. La malade ne se plaint pas, elle regrette ; elle est résignée et ne trahit plus son autisme que par quelques actes passagers : coupe de cheveux, abandon de son alliance, épisodes d'hallucination psychique, etc.

elle se fit couper les cheveux selon la mode actuelle et l'a regretté ensuite. »

A la clinique, la malade est docile, elle ne trahit aucun ennui, n'exprime aucun désir, ne dit rien spontanément, et paraît se désintéresser entièrement du monde ambiant ainsi que de son propre sort. L'infirmière la classe rapidement parmi les « hallucinés et les grands malades ».

En effet, elle entend des personnes qui viennent vers elle et réclament d'elle une prière. Elle voit des gens qui, dans le passé, lui ont été désagréables. Elle se dérobe à leur vue en cachant sa tête sous les couvertures. Tantôt c'est une vilaine femme qui dit des *Pater*, tantôt l'individu ignoble dont elle raconte l'histoire, tantôt la personne qui la déteste et qui se moque d'elle. Elle proteste contre les agissements de ces gens. Elle ne veut pas que cette femme revienne, cette femme qui a détruit « l'union complète ».

Mais tous ces personnages n'ont pas la précision d'interlocuteurs réels. Ils sont impalpables, bien que la malade les situe dans l'espace et montre leur place sur le plancher. Aussi bien les a-t-elle en elle-même. Ils essayent de la commander. Elle s'y oppose. Elle n'est pas dans la tombe encore.

A côté de ces troubles d'ordre psychosensoriel, on trouve chez la malade une activité mentale très vive sur le thème de ses souvenirs affectifs et une réelle émotivité à leur évocation.

« Oh oui, des peines que j'ai voulu oublier. Des peines de la vie. Je ne puis pas le dire (se cache le visage).

Quand j'étais jeune. Avant le mariage. Oui, je croyais pouvoir oublier. Je vois des gens méchants autour de moi. J'avais dix-huit ans... »

Il s'agit d'une liaison amoureuse qu'une amie fit ce qu'elle put pour désunir et y parvint. La malade sa maria ensuite à 23 ans. Elle regrette de s'être mariée. « Je n'aurais pas dû. Je n'osais pas le dire. Je croyais pouvoir oublier. J'ai gardé ça pour moi. Quand on est jeune, on ne peut pas croire qu'on vous aime réellement. »

Dans sa jeunesse, la malade, orpheline de bonne heure, vivait avec son père qui la menait durement. Elle-même avait participé à l'éducation de sa sœur et de son frère plus petits. Tous deux s'étaient unis à leur père quand ils avaient su (la liaison), pour la désapprouver. Sa sœur lui avait fait beaucoup de mal en médissant d'elle. « J'avais beaucoup de retenue, dit-elle encore. Je ne pouvais pas causer de certaines choses devant mon père. »

D'ailleurs, la malade se plaint aussi du milieu où elle a vécu. « Parce qu'on avait su que je n'avais pas été sérieuse, on m'a fait beaucoup de misère... »

Elle garde une certaine réserve sur son bonheur conjugal, et se contente de cette affirmation : « Il était très travailleur » ou bien : « Nous avons des goûts différents avec mon mari... Il est plus rudimentaire. Je ne devrais pas dire cela. »

Un jour de colère, il y a deux mois, elle s'ennuyait à la maison et s'est débarrassé de son alliance en la jetant.

Au cours de l'existence de la malade, on note certains actes destinés à conjurer le mauvais sort qui s'attache à ses pas. Elle écrit un jour : « J'ai aimé mon mari au

début. J'ai mis une goutte de mon sang, car je craignais qu'il quitte mon amitié. On m'avait dit que pour ne pas perdre l'amitié de quelqu'un, on mettait une goutte de sang dans un breuvage qui lui était destiné. Je n'avais plus confiance dans son amitié. Je souffrais réellement. Je me serais tuée. J'aurais dû partir — ne pas rester avec mon mari. »

Plus récemment, pendant la guerre, la malade s'est aspergée d'eau bénite appartenant à sa fille. Cette scène lui revient constamment à la mémoire ; puis des phrases comme celle-ci : « Ma fille m'a fait des reproches parce qu'elle était sur la terre, parce qu'elle serait seule à cause de moi. — Pendant que mon mari était parti, je suis allée à l'église pour prier. Mais je n'aurais pas dû le faire à cause du passé. Mon union avec mon mari n'était pas logique, parce que j'étais allée à l'église et je n'avais pas dit la chose », etc.

La malade confesse que ses goûts diffèrent de ceux de sa famille aussi bien que de son mari. Elle est coquette et s'est fait gronder pour ses achats dispendieux. Aussi bien ne sait-elle pas résister à la gourmandise. En avouant tout cela, elle rougit et se cache le visage comme un grand enfant.

Certaines préoccupations reviennent souvent sur ses lèvres. Elles concernent sa fille. Elle associe sa personne à celle de sa fille et ses regrets se transforment en craintes à son sujet. Elle voudrait que sa fille fût préservée. Elle a peur qu'elle se marie mal. Elle se demande comment faire pour l'épargner.

Et chaque fois que la malade évoque un événement

du passé entraînant une décharge affective, des personnages, hommes, femmes, petites filles, qui ont contribué à la rendre malheureuse, font irruption à son esprit et s'imposent à elle en représentations vives. Elle s'arrête de parler, elle les décrit à nouveau, elle n'ose continuer la conversation. Et l'entretien est entravé au moment psychologique.

Enfin, l'auteur insiste sur le ton de regret, particulier à la malade, dont elle ne se départit pas d'un bout à l'autre de ses récits. Il est de fait qu'elle regrette constamment ce qu'elle a fait, même ses actes les plus anodins. Stéréotypie de la pensée ? Expression de sincérité ? Formule de légitimation lui permettant de vivre un passé inaccessible, dans l'évocation duquel elle se complaît ?

OBSERVATION 24 (1). — Rapportée par Schnyder en 1920 sous le titre : Un cas de psychasthénie avec altérations graves de l'affectivité, cette observation résumée présente un cas d'inhibition psychique sans développement autiste apparent, qui contribue à mettre en valeur le facteur affectif dans la genèse de la bouderie négativiste.

(1) Schnyder : Un cas de psychasthénie avec altérations graves de l'affectivité. Archives suisses de Neurologie et Psychiatrie, volume 7, fascicule 1, Zurich, 1920.

L'auteur a pu suivre pendant plus de dix ans, l'évolution psychopathologique d'Albertine, actuellement âgée de 34 ans (1920). Héritière d'une ascendance tuberculeuse du côté paternel, et très nerveuse du côté maternel, elle avoue : « Vous ne pouvez vous faire une idée de ce qu'était la vie à la maison — nous étions terrorisés par notre mère. » Albertine a plus souffert de cette atmosphère familiale peu propice aux expansions affectives que ses frères et sœurs plus âgés. Il s'en est suivi une plus grande défiance d'elle-même. Se repliant sur son for intérieur, elle a toujours été dominée par l'idée de n'être pas comme tout le monde, se croyant indigne d'exprimer quoi que ce soit. Elle craignait de rougir, parce que la rougeur trahit des sentiments qu'on ne doit pas exprimer. Jusqu'à ce qu'on lui ait fait remarquer qu'elle rougissait, elle se berçait de l'illusion de pouvoir cacher aux autres ses sentiments. Elle recourt au moyen de défense irrationnel et recherche l'abolition progressive de sa sensibilité affective elle-même. « Je me suis créé, dit-elle, dès mon enfance, une vie de laquelle tout naturel, toute spontanéité, étaient bannis, où je n'ai agi que par raisonnements faux, rapides et presque inconscients, mais toujours formulés avec crainte. » Personne, à cette époque, ne s'est douté des luttes qui se livrent en elle, car elle a de grands besoins affectifs qu'elle voudrait pouvoir dépenser en vivant d'une vie sociale intense. Brillante élève, elle joue la comédie avec succès; déclame avec chaleur...

Après plusieurs années de « vie impersonnelle » dans une petite ville de province, elle se plaint de maux de tête et de lassitude. C'est ainsi qu'elle fait un premier séjour

de repos en clinique au cours de 1913, puis un second en 1917. Chaque fois elle s'exprime à peu près de la même façon :

« Mes sentiments voudraient se faire jour. Par moments les murailles qui m'entourent depuis des années sont prêtes à s'écrouler. Comme la Belle au Bois dormant, les ronces et les épines disparaissent sous mes pas. C'est doux — mais effrayant ! J'ai peur, je vais, je viens, je cherche à me fuir, je suis oppressée. Oh ! comme j'ai peur de me retrouver dans la vie réelle ! Je me défends d'avancer malgré mon désir de quitter l'état actuel si pénible. »

La décoloration affective de l'activité psychique s'est développée peu à peu comme conséquence des conflits entre sa nature sensible, sensuelle, exigeante à l'égard de la vie, et les tendances scrupuleuses de sa mentalité. Du moment que ses élans affectifs ne pouvaient s'exprimer librement et apportaient, au contraire, à son existence journalière des obstacles toujours renouvelés, Albertine a été amenée peu à peu à supprimer ces obstacles.

Sa vie s'est confinée au conventionnel, aux obligations indispensables, aux habitudes acquises. « Je n'ai plus le sentiment de ma liberté, de ma personnalité. Je ne suis plus dans la réalité », exprime-t-elle en 1920.

Il lui arrive parfois de se laisser aller à dire sa détresse morale. Elle manifeste alors une légère agitation motrice, accompagnée de pleurs. Elle esquisse une crise nerveuse rudimentaire alors qu'autrefois, dans des circonstances analogues, elle pouvait réaliser des paroxysmes d'agitation avec des cris et des trépignements accom-

pagnés d'actes de violence qui l'amenaient à briser les objets placés à sa portée.

En dehors de ces moments, grande uniformité de vie ; aucune oscillation appréciable au cours de la journée. Le rythme menstruel amène régulièrement une légère détente de l' « étau » psychique habituel. Pendant la nuit, les particularités psychiques sont les mêmes. Elle ne rêve pas, se réveille, se rendort, dans le calme. Le matin elle se lève tard pour entretenir l'oubli.

Il y a donc chez elle une abolition de la sensibilité affective, non par défaillance de la tension psychologique, mais par facteur psychologique. C'est un essai manqué d'adaptation et une fois sur cette voie, le sujet a beaucoup de peine à revenir en arrière. Albertine est habituée à sacrifier sa sensibilité, à ne plus en tenir compte, à la laisser s'oblitérer comme une fonction devenue inutile.

On pourrait considérer les Observations 20, 21 et 22 comme des états mélancoliques. Le désir persistant de mourir est, en effet, un des signes pathognomoniques de la mélancolie. Et pourtant le négativisme des deux affections prend origine de conceptions morbides opposées. Chez le mélancolique, il résulte de la conviction intime d'inexistence ou d'indignité. Comme tel, il disparaît au cours de l'évolution habituellement favorable de la maladie. Le négativisme des boudeurs, au contraire, est issu de l'insatisfaction d'une affectivité impérieuse et débordante. Il est entretenu par les conflits journaliers et devient inexorable.

D'ailleurs, le comportement du schizophrène négativiste ne s'identifie guère avec celui du mélancolique. Il exprime une aisance qui contraste avec la concentration parfois anxieuse de celui-ci.

Cette attitude différencie également le boudeur du psychasthénique. L'observation 24 permet à cet égard un rapprochement intéressant parce qu'elle indique, en même temps que la douleur du psychasthénique, le processus évolutif d'anesthésie affective par lequel le malade, aussi bien qu'un schizophrène, s'évade de la réalité.

Les cliniques de psychiatrie reçoivent journellement des cas de psychasthénie, chez lesquels on relève des processus d'évasion similaires, qui les introduisent dans le cadre de la schizophrénie.

CHAPITRE IX

FORMES ASSOCIEES

I

Schizophrénie et manie

Les deux observations suivantes témoignent d'un rythme épisodique certain chez des sujets présentant le syndrome schizophrénique.

Il est à noter que la crise maniaque évolue sur le plan des préoccupations autistes, de façon atypique, et n'efface en rien après elle le thème autiste.

OBSERVATION 25. — Rêveries romanesques revenant par crises régulières depuis l'enfance. Cyclothymie. Dys-harmonie affective.

Madame S..., 22 ans (mai 1926), se plaint de ne pouvoir agir d'elle-même par moment. Elle pense aux cho-

ses et ne peut les exécuter. Ou bien elle y procède avec une extrême lenteur. Elle éprouve cette difficulté depuis sa jeunesse et par phases de deux ou trois mois au cours desquelles elle s'installe dans un état de rêve qui la retient au lit dès que la nécessité absolue de travailler ne l'en tire pas. Elle éprouve comme une inhibition progressive de sa volonté. En même temps, son imagination se donne libre cours. Et mille histoires s'inventent : romans d'aventures, voyages, récits romanesques. La malade se voit riche, pauvre, heureuse, malheureuse, enfant perdu, créole. Les thèmes les plus variés de bonheur ou de malheur se succèdent dans lesquels en général, elle fait vivre ses sœurs à ses côtés. Jamais ses parents, divorcés, ne paraissent. Elle se plaît aussi à être seule dans les péripéties de ses histoires et secourue par un homme noble et digne, dont elle admire la pureté morale. L'activité imaginative se poursuit, de nuit comme de jour, dit-elle, sans être entravée par le sommeil.

Au cours de cette période de rêve, elle vague à son ménage de façon très rudimentaire. Elle est irritable, d'une émotivité excessive. Elle supporte difficilement la présence de son mari qui supplée comme il peut aux insuffisances de sa femme. Puis tout rentre dans l'ordre, progressivement. Une nouvelle phase de rêverie s'annonce par la disparition de l'esprit de suite. La malade s'aperçoit qu'elle entreprend plusieurs travaux sans en finir aucun. Elle parle à l'excès ne sait plus ce qu'elle fait. Elle éprouve de l'anxiété de devenir folle. Elle éprouve une sensation d'inexistence : elle se regarde et se palpe pour se rassurer. Dans la rue elle se sent suivie par des

gens qui la trouvent étrange, pense-t-elle, mais elle ne s'en émeut pas autrement.

Mariée en 1924 avec un mutilé qu'elle n'aime que d'amitié, elle n'oublie pas le jeune homme, fils de famille, qu'elle avait espéré épouser. Elle n'accepte pas sa condition et semble éviter son mari. Récemment, à la suite d'une crise de ménage, elle a fait empailler le chat qui l'accompagnait toujours et que son mari a tué par jalousie, pense-t-elle. Il est à remarquer en outre, que la malade, enceinte de trois mois, reste assez indifférente à son état, et marque plutôt un regret de se voir astreinte aux soucis de la maternité.

Cet état de grossesse se manifeste au point de vue psychique par une légère excitation avec loghorrée, idées bizarres, raptus anxieux, sensations cénesthésiques, électrocution dans les membres, douleurs osseuses, etc. L'examen somatique et les recherches anamnétiques, ne révèlent aucune cause pathologique ou antécédenti.

Les tendances schizophréniques se manifestent ici par périodes et semblent accompagner un rythme d'hypomanie à la faveur duquel elles se développent. Est-ce à dire qu'il s'agisse seulement d'un élément cyclique ? Nous ne le croyons pas. Le contenu des rêveries de la malade nous révèle le sens compensateur de ses crises. D'autre part, c'est moins l'hypomanie qui trouble sa vie de ménage que cette période d'arrêt dans son activité pragmatique, d'engourdissement au travail, et d'activité imaginative. Il ne s'agit pas non plus de fuite des idées, car ses récits d'aventures sont longs et cohérents ; les sujets s'inventent sur des thèmes à peu près semblables.

les uns aux autres. Enfin, l'attitude affective de Mme S... n'est pas celle d'un maniaque. Elle marque de l'indifférence, voire de l'hostilité à l'égard du milieu où elle vit, dans les périodes de comportement normal. Il est probable que la malade n'aurait pas accentué ses tendances schizoïdes jusqu'à l'état pathologique actuel si elle avait grandi dans un foyer harmonieux et si elle avait fait le mariage qu'elle désirait.

OBSERVATION 26. — Schizophrène rêveuse, mégalo-maniaque. — Mysticisme nuancé d'érotisme. — Cyclothymie atypique. — Persistance de l'autisme dans l'intervalle des crises.

Après trois mois d'un mutisme total avec périodes d'hostilité, d'inertie et phases catatoniques au cours du printemps 1927, Mlle C. P..., âgée de 41 ans, s'exprime ainsi :

« Née à Laigle, je suis une aiglonne.

« Puis je suis une colombe parce que j'habite le Vieux Colombier. Mais j'ai eu à combattre avec la colombe parce qu'il y avait Lohengrin. L'intuition, sixième sens. »

Peu de temps après, Mlle C. P... reprenait son activité normale sous la surveillance de sa famille. Elle n'a jamais voulu éclaircir les raisons de son mutisme ni de

son attitude antérieure. Mais au cours de conversations avec elle, avec les siens et grâce à ses écrits, il a été possible de reconstituer une anamnèse à peu près complète éclairant le diagnostic.

Fille aînée d'un ménage désuni, Mlle C. P... a vécu une enfance malheureuse. Elle a vu son père poursuivant sa mère avec un revolver. Après le divorce, elle est restée avec sa sœur cadette auprès de sa mère actuellement infirme.

De bonne heure, la mère songe à la marier. Elles parlent ensemble de jeunes gens, fondent sur eux des espoirs qui ne se confirment pas : déception sur déception de la mère et de la fille. Celle-ci s'engage comme télégraphiste en 1913. Mais peu après apparaissent les premiers signes d'une activité mentale excessive. Elle a des visions. Elle parle de Jeanne d'Arc. Elle s'exalte. Elle veut sauver la France et fait en 1917 un épisode hallucinatoire qui nécessite son internement. Elle voyait la Sainte Vierge, les saintes. Elle était la reine des cieux. Elle promettait à tous des couronnes. « Pourtant, ajoute-t-elle, je me rendais compte de tout ce qui se passait. » Elle a gardé beaucoup de rancune à sa tante de l'avoir fait enfermer. « Ce sont des méchants qui m'ont rendu malheureuse. »

Elle écrit à sa sœur en 1917 : « Pour tout dire, Dieu élève sa servante aux plus lourdes charges et c'est bien la vie la plus laborieuse qui, pour moi, commence. C'est lui qui m'a dit que je devais sous peu régner comme impératrice de toutes les Russies. L'avenir t'apprendra que je ne débite pas de folies. Je serais effrayée si je ne me sentais la collaboratrice de deux puissants Rois : Dieu

et mon fidèle, et pur, et aimant époux. Mon destin est marqué dans les plus petites choses depuis ma tendre enfance. Je le reconnais, me le rappelle et en détiens des preuves multiples, etc. Seulement, ma chérie, je te préviens de ceci, c'est que le Bienaimé peut exiger de nous tous les sacrifices moraux et physiques sans que nous ayons droit de nous plaindre, de nous révolter, de le délaisser. Au contraire, nous devons bénir la main de celui qui frappe, etc.

« Enfin, spirituellement, je suis unie déjà à mon époux et Dieu déjà aussi a formé l'âme de mes enfants, car je sais que j'en aurai deux : une fille blonde aux yeux noirs qui s'appellera Marie-Magdeleine ; un fils brun aux yeux bleus, les superbes yeux d'azur de son père qui se nommera Marcel. Je les ai fait bénir à Dieu hier, car l'âme n'a pas besoin d'être créée. Elle existe déjà, attendu qu'elle est immortelle et qu'elle est une parcelle de Dieu lui-même plus ou moins développée par chaque individu qui la reçoit. Seulement, certains accordent plus au corps qu'il ne convient. »

En 1919, Mlle C. P... reprend son activité aux P.T.T.

Son zèle mystique persiste. Un moment, on croit qu'elle va prendre le voile, mais elle s'en défend. Il y a plus de mérite à faire son salut dans le monde qu'au couvent.

« Je mettais en tout l'amour idéal, raconte-t-elle. Il est plus fort que la haine.

« J'aurais aimé être artiste, avoir une belle voix, un talent de peinture. Avant mon entrée aux P. T. T., je vivais de rêves. L'humanité était belle. Je voyais de la

beauté partout. Dieu animateur de la nature. Je me suis mariée en rêve. J'ai aimé un ami d'enfance qui ne m'a pas épousée, mais une autre.

« Je préfère encore la femme qui se donne en union libre qu'un mariage avec un vieux gâteux.

« Les actrices, c'est aux enchères qu'on les acquiert.

« Je suis entrée aux P. T. T. par devoir.

« J'ai su me détacher — je me suis offerte en holocauste — je suis l'éternelle fiancée d'un éternel fiancé. »

Mlle C. P... vit seule. Elle réussit très bien dans ses fonctions de télégraphiste et remplit scrupuleusement ses devoirs religieux.

En 1925, sans exaltation aucune, elle entre dans une phase de mutisme qui dure trois mois. Pendant cette période, elle reste chez elle, vaque aux travaux du ménage indispensables, mais refuse de voir qui que ce soit. Elle ne répond pas quand on frappe à sa porte. « Seigneur, reprenez-moi, l'entend-on dire parfois, et que ce soit fini. J'étouffe. C'est affreux. Nuits d'agonie. »

Elle reprend son travail après cette retraite, mais conserve l'habitude d'écrire de longues lettres à sa sœur, à sa tante, à des destinataires inconnus. Ces lettres traitent de questions de piété et du rôle rédempteur réservé à Mlle C. P...

La crise de mutisme actuelle est donc le troisième épisode aigu de la maladie. Par une lettre écrite à sa mère, le 2 février 1927, Mlle C. P... l'annonce et en donne le motif.

« Ma chère maman,

« J'ai été plus matinale que de coutume aujourd'hui, ce qui m'a permis, mon ménage fait, d'assister à la messe de 9 heures à St-Sulpice, pour y recevoir les cendres et fortifier, de ce fait, mes bonnes intentions en vue des pénitences volontaires de carême dont c'est l'ouverture.

« Autrefois, notre directrice de pension qui était et est restée une moraliste de valeur, soit dit sans flatterie, nous imposait un sacrifice nullement préjudiciable à la santé, car elle ne visait pas pour des enfants des mortifications corporelles en vue de châtier la chair, fort innocente en pareil âge, mais elle empêchait la langue de se dérégler si je puis ainsi parler, sachant bien que cette langue est la meilleure comme la pire des choses, comme dit Socrate. Elle nous imposait silence, en carême, pour tout ce qui n'avait trait à son enseignement. La méthode qui obligeait les bavardes à morigéner leur nature et d'une façon générale à se replier sur soi-même et en soi-même, faisait ainsi une obligation : 1° de penser plus profondément ; 2° de favoriser une solitude intérieure édifiante, en intimité pour les croyants avec le Bon Pasteur, et pour les autres à se juger sans indulgence ; 3° à ne pas dire de bêtises, car grande est la bêtise humaine, qui dépasse en tant de cas, celle des bêtes ; 4° à ne pas calomnier son prochain ; 5° etc., etc. » (la suite de la lettre consiste en une suite d'idées mal coordonnées où s'amorcent quelques signes d'excitation hypomaniaque).

Le premier soin de la malade au sortir de son mu-

tisme en juillet 1927 a été de rédiger le document suivant :

Paris, ce 13 juillet 1927.

« Commandements du médecin à mettre en pratique quotidiennement en souvenir de mon passage à la clinique au cours de l'année 1927.

1° De la méthode du rajeunissement du D^r Faust ne t'inspireras.

2° En tout esprit de loyauté tes malades secoureras.

3° Tes honoraires règleras en toute honnêteté et selon leurs moyens d'existence apparemment.

4° De la psychologie et de l'esprit de dévouement tu t'inspireras notamment.

5° En tout état de cause tu diras que la médication naturelle prévaudra toujours sur les poisons chimiques assurément.

6° Le sommeil réparateur tu invoqueras pour eux comme pour toi-même pour vivre en paix consciemment.

7° Leur liberté de pensée et d'action te restera chère dès lors qu'elle n'entravera la tienne ni celle d'autrui journellement.

8° A la porte tu laisseras tes soucis personnels pour être rempli de sérénité et cordialité à leur égard même-

ment.

9° De tout scepticisme te défendras en ce qui concerne leur guérison espérée fermement.

10° En manière de prière professionnelle cette dizaine égrèneras pour ton salut éternel fidèlement.

A sa sortie au cours de l'été 1927 Mlle C. P... avait recouvré le contrôle de sa pensée et de ses actes. Elle a repris bientôt une activité dans les P. T. T.

Le syndrome maniaque apparaît clairement dans les deux observations précédentes. D'autres cas du même genre ont été publiés que nous ne rapportons pas ici.

Mais tandis que l'on est enclin à attribuer au processus schizophrénique la répétition des crises, ce qui paraît être le cas pour la deuxième observation (26) cette conclusion ne s'impose pas pour la première. Madame S... affecte une forme cyclotomique constitutionnelle par le rythme de ses crises dès l'enfance. L'appareil cyclothymique n'a-t-il pas éveillé et entretenu l'évolution schizoïde chez cette malade ?

Le rôle favorisant de la périodicité dans la psychose schizophrénique ne se laisse-t-il pas entrevoir ici ? La tension psycho-physiologique s'élevant n'active-t-elle pas l'expansion autiste ?

La concomitance fréquente du syndrome maniaque avec les débuts du syndrome schizophrénique pose le problème de la coopération de ces deux affections dans l'éclosion des états pathologiques relatés ci-dessus.

II

Schizophrénie et Psychose paranoïde

Au cours d'études récentes (1), Claude a identifié certains signes du processus schizophrénique dans les psychoses paranoïdes, n'évoluant pas vers l'affaiblissement intellectuel du type hébéphrénique, mais vers une dissociation profonde de la personnalité avec symptômes démentiels très réduits.

L'observation publiée à ce sujet expose le cas d'une malade d'asile suivie depuis 1901, sur laquelle de nombreux diagnostics ont été successivement portés.

OBSERVATION 27. — Psychose paranoïde schizophrénique.

L... (1), sage-femme en chef d'un grand hôpital parisien, âgée alors de trente-trois ans, est entrée dans le service le 6 juin 1901 avec le diagnostic : « *Dégénérescence mentale avec accès délirants* d'une mobilité

(1) H. Claude : Psychoses paranoïdes. *Encéphale*, Paris, mars 1925.

extrême. Excitation, surmenage cérébral. Idées de persécution, hallucinations. Insomnie et refus d'aliments. » (Paul Garnier). Nous ignorons les réactions sociales qui motivèrent le placement d'office, les antécédents ne nous sont pas connus. Nous savons cependant que cette femme, instruite et possédant une grande valeur professionnelle, s'était signalée de bonne heure par des réactions d'ordre paranoïaques : orgueilleuse, susceptible, vindicative, elle manifestait dans l'exercice de ses fonctions un autoritarisme qui la mettait fréquemment en conflit avec le personnel médical du service. Le délire se serait manifesté à la suite de froissement d'amour-propre et d'une déception amoureuse.

La malade, à son entrée dans le service, présente un délire polymorphe et assez banal, étayé à la faveur d'interprétations fausses, de pseudo-hallucinations auditives, gustatives et olfactives, de troubles de la sensibilité générale, peut-être d'illusions et d'hallucinations visuelles. Elle prétend qu'on l'hypnotise afin de l'empêcher de voir et d'entendre, que des individus s'introduisent chez elle, qu'on la surveille, qu'on prend des instantanés, qu'on l'oblige à se livrer à des actes inconséquents, comme de raconter sa vie. L'humeur est variable, des alternatives d'excitation et de dépression sont fréquentes avec prédominance des éléments de la série mélancolique (tristesse, dépression, lenteur, tentatives répétées de strangulation). Le thème délirant polymorphe s'effrite de plus en plus au cours des années suivantes; il passe au second plan malgré l'activité des troubles psycho-sensoriels. Les réactions sont de plus

en plus bizarres et soulignent la légère discordance présentée par la malade dès son admission dans le service. Alitée depuis plusieurs années, absolument inactive, elle manifeste dès 1924 une grande indifférence vis-à-vis de l'ambiance et de ses conceptions délirantes initiales. Les réactions agressives s'exagèrent en même temps que s'espaçant les tentatives de suicide ; la discordance émotionnelle est soulignée par des colères, des pleurs, des rires immotivés, des gestes bizarres et inadaptés à l'expression de la pensée.

En 1906, le délire paraît avoir subi un redressement ; si les idées de persécution subsistent, elles sont cependant beaucoup plus discrètes et paraissent faire place à des conceptions mégalo-maniaques de plus en plus envahissantes. Les caractères de ce délire sont fantastiques et sans cesse remaniés au cours d'examens successifs ; la malade, plus euphorique, extériorise fréquemment ses idées délirantes au cours de périodes expansives. A cette époque, L... prétend avoir deux cigales dans le corps ; elles seraient entrées par la fenêtre ouverte et auraient pénétré dans son corps à la faveur de déchirures du vagin. Elle n'est pas une femme mais un homme, elle a été tour à tour soldat en Algérie et capitaine en Corse, sa clavicule est brisée à force d'avoir porté le sac. Elle a eu « des enfants d'un Egyptien, elle est riche, possède des fortunes immenses, elle est gigantesque, elle est ville : Biskra, etc... ».

L'activité imaginative se dévergonde de plus en plus, l'évolution ; les idées de persécution s'atténuent, mais sont remplacées par des conceptions mégalo-maniaques,

erotiques et de transformation corporelle. La malade affirme avoir été empoisonnée à l'hôpital où on l'obligeait à faire son métier de sage-femme machinalement, « comme un cheval ». Elle se plaint actuellement de persécutions physiques : on lui a mis des morceaux de fer dans l'estomac, ses intestins ont été remplacés par des boyaux de chat, des colombes lui ont rongé le cerveau.

Les incohérences, l'indifférence à l'égard du délire ancien, et d'une façon très générale au milieu, les discordances émotionnelles, s'exagèrent avec les années et en 1910 nous assistons, semble-t-il, à sa déchéance ultime : le reniement de sa personnalité psychique. La malade semble vouer une méconnaissance systématique à tout ce qui a trait à ses préoccupations professionnelles et érotiques anciennes. Elle prétend résister efficacement à ses persécuteurs, car elle est homme ; elle ne veut pas admettre qu'elle est L..., ancienne sage-femme, et cette simple proposition déclanche de sa part de vives colères. « Je ne suis rien, dit-elle constamment, je suis double, je ne sais pas mon âge, je n'ai pas de famille et je m'en fiche. J'ai été changée en bête, en chien, en pigeon. Je suis un enfant, je vais acheter un alphabet... Je ne suis pas sage-femme, je ne suis pas celle que vous regrettez... j'avais peut-être sept ans quand j'ai remplacé une sage-femme, j'étais un petit nain, je savais à peine marcher, j'aime mieux ma poupée », etc... Les lettres de la malade révèlent une même obstination dans son incohérence, son activité est très réduite, elle s'applique difficilement à de menus travaux de couture. Le diagnostic de *démence pré-*

cocce est porté dès 1910 et retrouvé dans la plupart des certificats semestriels qui suivent.

En 1923, la malade fait une tentative de suicide, par un procédé inédit et en fonction sans nul doute de l'activité délirante. Elle se garnit les organes génitaux avec des chiffons imbibés d'huile et y met le feu « pour que son âme monte au ciel ». Les brûlures sérieuses de la région périnéale se cicatrisent, mais la malade refuse de fournir d'autres explications sur les raisons de cette automutilation qu'elle raconte volontiers en riant. La même incohérence des propos délirants se retrouve dans les observations de cette époque. Malgré leur polymorphisme, certains thèmes se répètent fréquemment ; ils paraissent être l'expression de complexes affectifs latents et, tout comme au début de la psychose, ils semblent graviter autour de préoccupations d'ordre professionnel et érotique. Nous retrouvons également au cours de cette période la méconnaissance systématique de sa personnalité ancienne : tous ses ennuis sont finis depuis l'opération du trépan, elle ne souffre plus et ne se rappelle rien. On a dû lui trancher la tête à 18 ans ; « Comme ça, avouet-elle ingénument, je suis plus heureuse, je suis comme un petit oiseau, une jolie bête, une gazelle. Je n'ai jamais eu de tête. je n'ai jamais travaillé et je ne sais pas ce que c'est qu'un accouchement. » L'examen systématique du fonds mental signale à cette époque, sous ce masque démentiel, des lésions diverses des facultés intellectuelles. L'orientation dans le lieu est satisfaisante, les perceptions ne paraissent pas troublées, les troubles psycho-sensoriels non évidents. La mémoire

est bonne, L... situé et décrit exactement le Panthéon, la Madeleine, etc... ; les souvenirs scolaires et professionnels sont bien conservés, le calcul mental est aisé et correct. L'activité est assez réduite, l'intérêt à l'ambiance diminué ; la malade manifeste de l'indifférence à l'égard des persécutions, elle s'accommode de son internement et ne désire pas de visites. La discordance émotionnelle et l'ambivalence se manifestent à tout instant ; le récit de ses malheurs est habituellement fait sur un ton plaisant et accompagné de rires immotivés. Les réactions coléreuses et les impulsions, non justifiées par une activité hallucinatoire sous-jacente, sont fréquentes.

L'état mental ne se modifie pas sensiblement au cours de la guerre, le thème délirant initial a complètement disparu, les manifestations schizophréniques s'accroissent progressivement. La malade, moins agressive, s'exprime habituellement dans un langage incohérent, le vocabulaire et le stock des souvenirs paraissent considérablement amoindris ; l'indifférence au milieu est typique ; la malade ignore complètement sa famille et les graves événements de la guerre. Elle s'occupe exclusivement — automatiquement, pourrait-on dire — du service du réfectoire admettant difficilement d'être troublée dans l'exercice de modestes fonctions qui paraissent absorber toute son activité intellectuelle. C'est sous cet aspect pseudo-déméntiel que nous l'avons connue et que nous la suivons dans le service.

La malade se présente sous les aspects d'une petite vieille, bien tenue et d'une politesse douceuse. Elle se prête volontiers à l'examen, à la condition qu'il ne

coïncide pas avec les heures des repas qui exigent sa présence. Nous éprouvons quelque difficulté à fixer son attention, elle soliloque beaucoup plus volontiers. Les associations d'idées assez rapides sont très lâches et le langage offre habituellement l'aspect d'une incohérence surtout flagrante si l'on oppose les diverses propositions successivement exprimées, à la faveur d'une sub-excitation intellectuelle.

Le délire ancien, polymorphe et mobile, paraît avoir complètement disparu, cependant il est possible d'en retrouver certains pilotes qui ont résisté à la désagrégation intellectuelle. La malade renie toujours avec la même opiniâtreté son ancienne personnalité sociale. Elle nie énergiquement avoir été Mme L... « c'était une personne bien, elle était sage-femme, elle a eu beaucoup d'ennuis, ils l'ont internée, mais elle est morte en 1901. Je suis la fauvette du Moulin, j'ai toujours été un petit enfant malade, je n'ai jamais fait la mauvaise fille, j'aime mieux être née pauvre. J'ai été envoyée ici parce qu'il n'y avait pas d'infirmière pour faire l'ouvrage, ce sont les prêtres du feu qui tirent le canon qui m'y ont mis, le chemin de fer passait à côté, il y a eu un accident... j'ai été mise dans le plâtre... des abeilles me sont entrées dans le corps quand j'étais petite; j'en suis pleine... »

... Les fonctions intellectuelles ne sont cependant pas aussi profondément lésées qu'un examen superficiel le laisserait supposer. L'autocritique n'est pas totalement absente, la malade a une conscience assez précise de son déficit mental et elle nous a répété à plusieurs reprises : « Je ne sais pas vous dire, je suis devenue bête, je n'ai

pas d'impression pour dire... — Je suis tombée malade... ce n'est plus comme tout le monde, je n'ai plus les mêmes corps... Je n'ai plus d'espérance comme autrefois, je n'ai aucune idée d'entreprise, je ne suis plus qu'une petite bonne. » La mémoire des faits anciens est conservée et si elle déclare en riant ne pas connaître les monuments de Paris, elle peut cependant évoquer les anciens internes de l'hôpital et dire ce que la plupart sont devenus.

Les souvenirs récents sont beaucoup moins précis ; orientée dans le lieu, elle est complètement désorientée dans le temps et ignore en particulier tous les conflits européens récents. Elle ne s'intéresse plus d'aucune façon au monde extérieur, exclusivement préoccupée par la petite vie spéciale qu'elle mène ici. Ces réserves faites, son comportement est normal ; elle est bien tenue, polie, active même et n'a gardé de son ancien autoritarisme que le souci de veiller exactement à la propreté et à l'organisation du réfectoire. La désagrégation intellectuelle est ici soulignée par des réactions paradoxales de nature schizophréniques. L'activité pragmatique est déficiente et les occupations obscures auxquelles la malade s'attache exclusivement avec une régularité parfaite et même un soin jaloux, contrastent singulièrement avec le rôle social joué par elle avant son internement. Elle affiche d'ailleurs une méconnaissance systématique de son ancienne personnalité. Elle n'est pas L... qui était une personne savante, avait un service important, jouissait de la considération de ses chefs et était l'élève préférée de la sage-femme en chef de la

Maternité. Elle prétend n'être pas L... n'avoir jamais été dans les hôpitaux et lorsqu'on lui rappelle son ancienne condition, elle affirme ne pas savoir ce dont on veut lui parler. Il lui arrive parfois, lorsqu'elle est mise en confiance, de retrouver des souvenirs anciens avec beaucoup de précision, mais elle ne leur accorde aucun intérêt et évoque ce passé brillant sans manifester de regrets. L'affectivité, profondément troublée, se traduit par le désintérêt à l'ambiance et des réactions émotives, discordantes et ambivalentes. Il n'est pas jusqu'à l'expression mimique qui ne trahisse une grave déchéance; stéréotypies motrices, maniérisme, puérilisme, etc..., elles militent en faveur de la schizophrénie.

L'observation que nous avons rapportée nous paraît illustrer notre opinion et nous la considérons comme répondant parfaitement à la psychose paranoïde schizophrénique. Nous avons particulièrement insisté sur les étapes de l'évolution et les opinions qui ont été successivement formulées à son sujet. Le diagnostic — accès délirant chez une dégénérée — porté à l'entrée, ne saurait caractériser une pareille psychose, quoique certains aliénistes s'attachent encore à cette terminologie et affirment la banalité de ces vieux délires. Ce diagnostic est d'ailleurs rapporté dès 1910, à la faveur des idées régnautes, et il est remplacé par celui de démence précoce que justifiait l'incohérence apparente du délire, la discordance et l'affectivité.

Nous croyons cependant que le terme de démence précoce ne saurait caractériser cet état. L'activité déli-

rante faite d'idées de persécution, d'idées ambitieuses, de manifestations érotiques, a toujours eu un caractère d'incohérence et d'absurdité qui ne permet même pas de parler de pseudo-systématisation. Bien qu'on ait noté un mélange d'idées de persécution et de grandeur, celles-ci ont été associées, intriquées sans lien apparent, sans succession soupçonnable. Mais lorsqu'on connaissait la personnalité antérieure de cette femme, on s'expliquait plus facilement que, sous l'influence de perturbations affectives graves, elle ait constitué son trouble mental conformément à l'orientation de son autisme. Nous avons été renseigné sur son passé, comme nous l'avons indiqué, et nous avons su qu'elle était réputée pour son caractère difficile, hautain, autoritaire et prétentieux. La multiplicité de ses expansions sentimentales était alors notoire et ses déceptions avaient été parfois à la hauteur de ses visées. Aussi avait-elle conçu, nous a-t-on dit, une certaine irritabilité et elle était portée, avant de subir la dislocation profonde de sa personnalité, à se replier sur elle-même dans un sentiment d'orgueil et déjà en rapport avec des tendances interprétatives. Nous ignorons dans quelles circonstances la psychose s'est déclarée ; mais lorsqu'elle fut réalisée, il fut facile de constater qu'au milieu des idées délirantes surgissait une série de manifestations révélatrices des déformations antérieures du psychisme : tristesse, dépression avec idées de suicide alternant avec l'euphorie, des idées de satisfaction et des conceptions mégalomaniacques.⁽²⁾

⁽²⁾ Dans ce délire polymorphe, les idées érotiques étaient prévalentes jusqu'à cette tentative de suicide étrange ; celle

automutilation par brûlure des organes génitaux, comme si la malade avait cherché à anéantir le sexe qu'elle ne voulait plus connaître. Enfin, dans ces dernières années l'orage est passé, l'activité délirante est tombée ; la malade a une existence ordonnée, mais confinée dans des occupations obscures qu'elle détient d'ailleurs jalousement. Elle ne connaît plus L..., cette personne est morte, il n'y a plus qu'une petite vieille satisfaite de sa condition et qui n'exprime pas de regrets. Vient-on à stimuler les souvenirs d'autrefois, elle raisonne alors avec assez de justesse et de précision sur les données anciennes. Mais il ne faut plus parler d'acquisitions nouvelles, elle n'est plus capable d'un effort intellectuel, elle ne s'intéresse qu'à ses petites occupations, elle est ordonnée, bien tenue et déférente.

Cherche-t-on à provoquer un éveil psychique en dehors de ce qui consitue sa capacité d'effort, elle ne tient plus que des propos incohérents, reliquat de l'activité délirante d'autrefois. Les manifestations de discordance sont énormes, l'indifférence émotive est absolue, mais il n'y a ni impulsivité, ni turbulence, ni désordre des actes. La malade a un comportement d'apparence normale, adapté à l'activité réduite de son autisme. Veut-on la transporter sur un autre plan, la désagrégation de la personnalité apparaît et se manifeste sur le type paranoïde.

III

Autres formes associées

Parmi les observations rapportées, il en est sur lesquelles le diagnostic de forme **associée** pourrait valoir aussi bien si la prévalence de rêverie ou de bouderie n'avait pas été aussi clairement reconnue. Ainsi en est-il de l'Observation 1 où le malade manifeste des signes nets de psychasthénie.

Plusieurs observations décrivent des périodes hallucinatoires plus ou moins définies, impliquant l'hypothèse d'une association délirante de cet ordre. On sait que certains cas d'hallucinoses avec interprétations délirantes sans systématisation régressent sous l'effet d'une thérapeutique active semblable à celle appliquée aux schizophrènes.

Ainsi apparaissent établis de nombreux rapports entre la schizophrénie et les autres états pathologiques mentaux qui, loin de confondre le syndrome propre de l'affection, contribuent à le mieux délimiter.

TROISIEME PARTIE

**INTRODUCTION AUX PROBLÈMES
DIAGNOSTIQUE ET PATHOGÉNIQUE**

CHAPITRE X

LE DIAGNOSTIC

L'analyse séméiologique des observations rapportées met en relief deux groupes de symptômes, l'un rassemblant en un seul faisceau tous les cas étudiés, l'autre établissant entre eux leurs variétés. Cette mise au point exige dans la pratique moins de tests que de sens clinique. En effet, tel malade, discordant par ses propos, conserve un mentisme cohérent, accessible à la longue ; tel autre sous l'aspect vraisemblant d'une psychose légère, voile un fond mental profondément perturbé.

Le diagnostic de schizophrénie ne s'impose qu'exceptionnellement à la suite d'un premier examen. On s'arrête d'autre part très facilement à des conclusions erronées. L'excitation fait penser à la manie, la discordance, l'hostilité suggèrent l'hypothèse de démence précoce, l'incohérence, la stupidité laissent supposer le syndrome de dégénérescence mentale et les idées de gran-

deur, la paranoïa. C'est ainsi que beaucoup de malades observés ont reçu de la part de leurs divers examinateurs des étiquettes nosographiques contradictoires. D'ailleurs le même malade peut égarer le clinicien par les transformations inattendues de son comportement.

Éléments positifs. — Cependant, il est loisible d'orienter dès le début le diagnostic non d'après les résultats d'un interrogatoire premier, mais d'après les anamnestiques : Tendance constitutionnelle, réactions affectives, aptitudes d'enfant qui tressent la trame psychique sur laquelle le trouble mental s'est élaboré.

a) Les caractéristiques de la *constitution schizoïde* : goût de l'isolement, indifférence à l'ambiance, expansion imaginative sont rapportées avec une étonnante concordance parmi les renseignements transmis par la famille, alors même qu'elle n'y est pas sollicitée.

L'enfant fuit ses parents, s'isole dans des lectures, dans des jeux de son invention, dans la rêverie, indifférent à ses camarades, aux attentions qu'on a pour lui. D'autres membres de sa famille ont présenté les marques de ce tempérament renfermé et distrait. Souvent l'hérédité psychopathologique est chargée.

Enfin, l'enfance du sujet s'est rarement déroulée de façon normale : elle a été traversée par un ou plusieurs événements pénibles. Les études bien commencées et pleines de promesses ont été poursuivies sans régularité et laissées inachevées.

Cette documentation précieuse oriente les recherches

vers l'objet réel de la pensée intime du malade, si dissocié ou distrait qu'il paraisse.

b) Il est exceptionnel qu'on ne découvre pas alors quelque propos ou quelque attitude symbolique, révélatrice d'une activité psychique ou d'une conservation intellectuelle qui paraissait perdue.

Habituellement, celle-ci ne se laisse guère entrevoir sans celle-là. Aussi demeure-t-on dans l'incertitude du cas pathologique jusqu'au jour où l'examen patient réduisant tous les obstacles permet « d'entrer en contact » avec le malade. Ce contact est obtenu parfois plus rapidement grâce au procédé de l'éthérisation.

D'abord développé « en surface », l'autisme naissant au cours de l'adolescence se laisse facilement dépister :

G... (Observation 20) porte anormalement le deuil de son père.

P... (Observation 6) parle d'hallucinations psychiques lors de sa 2^e Communion.

Marg. G... (Observation 15) se refuse à l'affection de ses parents.

Jeanne R... (Observation 18) est jalouse de sa sœur.

Une fois installé, l'autisme envahit « en profondeur » la personnalité entière du malade et devient le régulateur insaisissable des réactions affectives. Yves Ch. (Observation 11) reste indifférent à l'égard de ses parents, et vit à leur crochet comme un infirme, alors que son affectivité est captée par la vie romanesque qu'il cultive instant après instant chez lui devant sa glace, dans ses lectures, dehors, en promenade, aux arts décoratifs; le

soir au cinéma et aux premières des théâtres. Pour sauvegarder l'intégrité du roman, il se garde de toute compromission.

Marie B... (Observation 5) se méprise elle-même de confiner son existence au lit d'asile qui lui a été attribué, mais là du moins, aucune considération ne gêne plus ses propensions intérieures à vivre en reine et à dévider le fil de ses succès merveilleux.

De même l'hostilité de Charles L... (Observation 19) et le négativisme de V... (Observation 22) à renâître à la vie sociale n'est point issu de crainte ou de remords, mais du désir irrévocable et vindicatif de rompre avec un passé qui marque l'échec de leurs espoirs.

L'adaptation à l'existence que T... (Observation 7) parvient à maintenir ne réside pas dans la réduction de ses conceptions imaginaires, mais dans le désir même de s'y complaire en toute indépendance.

c) Le même malade conserve d'un jour à l'autre l'aptitude de relever son attention et de répondre avec précision là où, la veille, il n'avait tenu que de vagues propos. Les fautes de mémoire, d'association, de jugement qui se multiplient et se corrigent d'elles-mêmes d'un interrogatoire à l'autre traduisent une insuffisance d'attention provoquée et non point un déficit réel. Cette insuffisance s'accuse dans la mesure où l'attention spontanée libérée, elle, de toute entrave, exerce sur l'ambiance le contrôle satisfaisant la curiosité restante et les intérêts du malade.

Les facultés intellectuelles demeurent actives. Nul plus que F. C. (Observation 13) n'est occupé par l'éla-

boration de son thème autiste et n'est plus variable dans la clarté de ses réponses. Son système métapsychique, ses expressions symboliques, ses projets, offrent à loisir les exemples d'associations défectueuses d'une intelligence avariée. Et pourtant, le sens de la pensée se laisse deviner, originale, cohérente de l'ensemble de ce qu'il dit. Comme lui, Blanche D... s'est attribué un rôle novateur au sein de l'humanité dans lequel grandit son autisme (Observation 12). A l'entendre parler, on ne peut maintenir l'hypothèse de défaillances intellectuelles que font supposer certains de ses dessins ou de ses écrits.

T... (Observation 7) jugé d'après ses seules conceptions autistiques, contraindrait à l'aveu d'une dislocation mentale prononcée alors qu'il vit et travaille normalement.

Toutefois, il ne s'agit point de considérer au sens absolu l'intégrité des facultés intellectuelles. Il est avéré qu'à la longue le schizophrène accuse certaines limites, consécutives à la chronicité de son mal. L'exercice cérébral tourne chez lui dans un cercle vicieux.

Les seules ressources auxquelles sa pensée s'alimente s'épuisent vite. Il a des redites, des clichés, des stéréotypies, des oublis. Comme il perd en même temps bien des éléments de comparaison en négligeant tout contact avec l'extérieur, il se confine peu à peu dans une activité mentale et physique restante qui absorbe sa capacité vitale et le satisfait. Mais ses moyens intellectuels sont entrés en latence ; ils ne sont point perdus. Et il le manifeste à l'occasion au grand étonnement de son entou-

rage. Ainsi Marie B... (Observation 5) au moment de mourir.

d) D'une manière générale, l'importance de l'attention provoquée interprète dans le domaine intellectuel ce que la dysharmonie des sentiments traduit dans le domaine affectif et la dissociation des activités psychiques et pragmatiques dans l'unité vitale du malade : une séparation d'avec le monde réel.

Enveloppé par des signes plus apparents : épisodes aigus, associations constitutionnelles diverses, phénomènes somatiques, catatonie, attitudes stéréotypées, troubles coenesthésiques, les états schizophréniques s'opposent souvent les uns aux autres. D'ailleurs les effets de l'autisme n'apparaissent-ils pas contradictoires ?

Éléments différentiels. — La variété des états schizophréniques appartient moins à la diversité des symptômes extérieurs ni aux degrés de leur évolution, qu'au mode d'intériorisation.

Le phénomène d'intériorisation n'intervient pas seulement dans l'activité psychique comme facteur de passivité. Il implique un principe d'action, dont la résultante se manifeste par différentes attitudes. Cette résultante se présente sous son aspect positif chez les rêveurs ; elle s'affirme dans sa tendance négative chez le boudeur.

Le Rêveur dont l'élan vital se développe régulièrement dès l'enfance dans une activité fictive, est normalement enclin à rester favorable à l'ambiance dans la mesure où celle-ci ne le trouble pas. On lit sur son visage

l'expression de pensées agréables, et s'il n'exprime rien, son visage reflète du moins une immobilité paisible que seule peuvent troubler l'intervention volontaire de l'entourage ou l'excitation passagère d'un épisode autiste plus accusé. On peut voir là les signes d'une discordance qui en vérité exprime la concordance de la mimique du malade avec sa pensée.

Chez le *boudeur*, l'intériorisation, n'a fait qu'accroître le contraste entre l'autisme et la réalité. Il trouve là le motif d'une expansion psychique de dépit et de sacrifice qui traduit ses sentiments réfractaires à l'égard du monde extérieur. La bouderie se complique jour après jour de déductions erronées que le boudeur tire des moindres événements. Elle absorbe rapidement toute la capacité vitale du malade en inhibant ses « ergies ». Ainsi reconnaît-on le schizophrène boudeur à son inertie mêlée de violences, d'expressions amères et tristes, d'oppositions systématiques.

La différenciation entre les diverses variétés de schizophrénies ne se limite pas au mode d'intériorisation dont il vient d'être fait mention, mais au mode d'expansion psychique.

On entre ici dans le domaine des cas d'espèce que nous avons cru pouvoir ranger en différents groupes :

Les rêveurs inadaptés se caractérisent par la pureté du syndrome schizophrénique. Ils se confinent absolument dans le rêve. L'ambiance dont ils gardent plus ou moins le contact ne leur est pas accessible. Ils vivent ainsi dans une harmonie relative, ne cédant à aucune nécessité matérielle.

Les rêveurs dissociés accusent entre l'autisme et la réalité une barrière infranchissable. Leur activité mentale contraste avec leur activité pragmatique. Mais il existe entre elles un compromis, l'une étant un facteur d'entretien de l'autre. Le schizophrène satisfait ses espoirs par son autisme et tolère ses humbles conditions d'existence dans lesquelles il puise une raison nouvelle d'évasion imaginative. Mais il ne s'en tient pas toujours là. Dans certains cas il aboutit à l'automutilation.

Les rêveurs discordants ont laissé leur autisme influencer sur leur sens de la réalité. Ils sont entrés dans leur rôle. Leur rêve a pris en eux une forme plus définie qu'ils développent, qu'ils organisent et qu'ils exploitent. Une certaine conviction s'amorce qui les incite à s'affirmer. Et l'on assiste à une ébauche d'extériorisation, toujours limitée, discrète, maladroite et inconsistante.

En effet, le rêveur discordant sait qu'il innove de sa propre initiative, même lorsqu'il suppose l'intervention d'influences extérieures. Aucun élan d'autre part ne l'attire vers l'application de ses conceptions.

De même aucun élan n'inspire les boudeurs à satisfaire réellement à leurs revendications.

Les boudeurs prennent une attitude de protestation qui contraste avec leur incompétence à modifier à leur avantage et par eux-mêmes la situation qui leur est échue. Poussés à l'extrême, ils ne quittent plus leur lit et limitent toute leur démonstration à une phrase, un mot, un geste. Mais leur figure, si impassible qu'elle soit, exprime les signes nets de bouderie, le mécontente-

ment ou l'amertume. Puis reparaissent, par explosion, violences, pleurs, crises d'agitation suivies d'un retour au mutisme ou à l'immobilité.

L'effervescence psychique a perdu de son ardeur chez les *boudeurs négativistes*. Ceux-ci se caractérisent par une indifférence très égale à elle-même pour tout ce qui les entoure. Ils ont perdu leur ressort vital et cherchent à terminer leur existence. Pourtant on est frappé de l'obstination de leur décision — et si l'on parvient à ranimer leur affectivité restante, on perçoit un autisme sous-jacent cultivé sur des données mal fondées consécutives à des désordres émotifs profonds.

Ainsi, qu'ils soient rêveurs ou boudeurs, actifs ou passifs, les états schizophréniques se manifestent par un ensemble de signes cliniques propres : Constitution schizoïde, autisme, intégrité des facultés intellectuelles, dissociation entre l'activité psychique et pragmatique, réalisant un syndrome particulier tendant à la séparation d'avec le monde extérieur.

Ce syndrome peut-il prendre place dans la nosographie psychiatrique ? S'affirme-t-il indépendant des autres groupes pathologiques mentaux que les auteurs tels que Bleuler, Kretchmer, Hoffmann agrèrent en un seul faisceau sous le titre de schizophrénie ?

CHAPITRE XI

LES FAUX ETATS SCHIZOPHRENIQUES

Il existe plusieurs psychopathies réalisant le syndrome de séparation du monde extérieur qui n'invoquent guère les mêmes facteurs étiologiques et ne correspondent pas plus entre eux par leur évolution. Ces états morbides compris dans la synthèse extensive de Bleuler rendent indispensable le problème différentiel qui se pose ici. Nous retiendrons parmi eux en tant que faux états schizophréniques, la démence précoce, l'amentia et la paranoïa.

Démence précoce. — L'opposition entre la démence précoce et la schizophrénie est basée sur l'examen clinique, sur le caractère des processus psychologiques, enfin sur les données anatomo-pathologiques.

Bleuler, en se réclamant de Kraepelin, ne conteste pas la notion classique, initiale, clinique, de la démence précoce. Son livre, en regroupant autour d'elle des états

pathologiques, paraissant jusque là les plus indépendants les uns des autres, reconnaît indirectement toute la valeur de cette entité morbide telle qu'elle a été découverte et décrite. Partant de cette base commune aux écoles de Zurich et de Sainte-Anne, il est possible d'établir un parallèle différentiel entre la démence précoce et la schizophrénie qui, tout en rassemblant suivant le plan de Bleuler les caractères communs des deux affections, montre le danger qu'il y aurait à les ranger sous la même rubrique :

Démence précoce

Eléments constitutionnels habituellement absents.

Affection de l'adolescence.

Début brusque sans cause appréciable autres que fatigue, maladie fébrile, etc...

Inertie, hébétude, confusion, stupeur, catatonie habituelles et prolongées. — Episodes aigus fréquents.

Impulsions désordonnées, hostilité, ironie, démonstrations affectives opposées, sans suite.

Schizophrénie

Eléments constitutionnels habituellement présents.

Affection de tous les âges.

Début généralement lent avec phénomènes prémonitoires remontant jusqu'à l'enfance.

Inertie, mutisme, catatonie, exceptionnels et transitoires. — Propos symboliques. — Discordance. — Episodes aigus peu fréquents.

Comportement régulier, exprimant l'indifférence, avec phases d'excitation coordonnée traduisant le thème délirant.

Dispersion de la pensée. Absence de pensée. Incapacité d'évocation mnésique. — Souvenirs spontanés lacunaires. — Attention inaccessible. — Associations défectueuses. — Activité mentale irrégulière, incoordonnée. — Obtusion du jugement.

Vie intérieure nulle ou inaccessible.

Rémissions passagères, rarement durables. Persistance de l'instabilité intellectuelle et affective.

Evolution progressive, par accès ou sans à-coup, vers l'amoindrissement de toute manifestation de l'activité mentale.

Protocoles anatomo-pathologiques positifs. — Lésions fréquentes.

Dispersion apparente de la pensée. — Persistance d'un thème de réflexions homogène. — Mémoire intacte. — Difficulté d'évocation avec retard de l'attention provoquée — associations moins défectueuses qu'originales. — Jugement parfois modifié sous l'effet de l'autisme cultivé méthodiquement.

Expansion psychique permanente dans un monde imaginaire plein d'attrait ; réactions obstinées à l'égard de l'ambiance.

Amélioration durable ou transfert affectif réduisant les phénomènes morbides.

Evolution plus ou moins rapide vers un état d'activité pragmatique, réduit avec conservation des facultés mentales.

Aucun constat de lésion actuellement décelable.

Les deux maladies accusent leur dissemblance non seulement par leur origine, leur cycle évolutif et leurs lésions, mais aussi par les thérapeutiques qu'elle invoquent. Dans le premier cas, le traitement est aveugle. Dans le second, il est nettement orienté et obtient des succès. Il ne peut y avoir similitude que dans divers éléments symptomatiques à propos desquels, sans doute, s'applique à juste titre la classification de Bleuler.

La différence fondamentale entre la démence précoce et la schizophrénie réside dans l'opposition même de l'origine de leurs symptômes communs. Ceux-ci traduisent d'une part un processus psychologique spécial, élément primordial de l'affection schizophrénique, et d'autre part le résultat de la déficience de l'état mental, lequel est dans la démence précoce le fait primitif.

Comment fusionner deux états pathologiques contrastant par leurs relations de cause à effet ? Le schizophrène s'absorbe dans une activité mentale élective (effet) parce qu'il se sépare du monde extérieur (cause). Le dément précoce se sépare du monde extérieur (effet) parce qu'il perd la possibilité d'exercer une activité mentale élective (cause, déficience primitive).

Ainsi l'un est orienté vers l'égarement, la dislocation, la désagrégation, l'autre vers l'isolement cohérent et compensateur. Il n'est loisible à l'un pas plus qu'à l'autre de modifier leur état d'esprit, mais l'erreur de diagnostic n'en fausse pas moins le pronostic et le traitement à appliquer.

Le schizophrène, aussi bien que le D. P., est-il à interner ? Chez celui-ci, c'est parer à l'insuffisance de

ses moyens intellectuels, chez celui-là c'est favoriser l'isolement qu'il recherche par dilection morbide. — Enfermer un schizophrène n'est-ce pas activer le processus pathologique lui-même ? On voit là encore l'erreur d'admettre entre ces diverses affections une similitude de fond.

Reste la question médico-légale, qui se pose, entière, lorsqu'on se trouve en face d'un schizophrène à la vie régulière et rangée, sans réactions anti-sociales. Le D. P. lui se signale par le désordre de sa pensée, ses impulsions, ses incapacités élémentaires.

Lors même que le schizophrène traverse une phase aiguë, est-on autorisé à invalider définitivement sa responsabilité comme celle d'un D. P. ?

N'y a-t-il pas lieu d'assimiler plutôt son cas à celui d'un trouble mental épisodique tel qu'on le rencontre dans la manie ou dans l'amentia ?

Amentia. — La confusion mentale primitive idiopathique réalise bien un syndrome de séparation du monde extérieur avec affaiblissement et dissociation intellectuelle. La torpeur initiale entrave très vite l'activité de relation et prive l'examineur de renseignements précis sur le fond mental. Aussi bien le cortège des signes de confusion révèle-t-il un déficit global accablant : obtusion, désorientation, incoordination, incohérence, absurdité, amnésie et dysmnésie, indifférence, torpeur affective.

Enfin l'apparition de la catatonie, complication fréquente des états auto-toxiques et infectieux, permettrait d'assimiler l'amentia au groupe de la schizophrénie.

Ces analogies symptomatiques, pour réelles qu'elles paraissent, ne rendent pas les deux maladies superposables. Bien mieux, leur dissemblance permet d'établir entre elles une délimitation précise.

En effet, l'amentia est une maladie acquise, frappant d'un jour à l'autre l'organisme entier, et se développe comme la manifestation cérébrale d'une maladie générale due à l'infection ou à l'auto-intoxication. Elle s'accompagne de signes physiques plus ou moins accentués qui dressent à côté de la déficience mentale un tableau de pathologie générale. Lors même que les signes somatiques font défaut, l'état mental, sous l'effet constant de l'agent toxi-infectieux, présente une homogénéité nosologique formant contraste avec la plupart des schizozes chez lesquelles la dissociation psychique engendre soit une inhibition sans phénomènes stuporeux, soit une mobilité d'humeur et de pensée caractéristiques.

L'amentia évolue habituellement vers la guérison avec la restitution parfaite de facultés mentales. Là encore y a-t-il matière à séparer l'amentia comme faux état schizophrénique de la synthèse proposée ?

Chez le schizophrène, le souvenir exact du passé persiste avec la plus grande acuité dans sa mémoire. Il ne peut s'en défaire et éviter d'y retenir son attention.

Le confus a perdu le souvenir de son épisode pathologique. Il persiste chez lui une amnésie certaine de son

état morbide. Cette amnésie de fixation se prolonge d'ailleurs pendant une période assez longue au cours de sa convalescence. Ainsi l'amentia compose une entité morbide sans relation actuellement décelable avec la schizophrénie, sinon et passagèrement par ses symptômes apparents ou par certaines de ses formes cliniques à tendance fabulante.

L'opinion d'auto-intoxication invoquée à la base de la D. P. vraie et de la confusion mentale ne s'appuie guère sur des lésions semblables ni une semblable évolution. La confusion mentale se classe en dehors du cadre schizophrénique tel que nous l'avons défini.

Paranoïa. — On comprend sous ce terme l'ensemble des psychoses caractérisées par le syndrome d'action extérieure : délire hallucinatoire, délire d'interprétation, délire d'influence, auxquels se rattachent les délires de persécuto-persécutés, érotomaniaque, érotique, mystique, ambitieux et politique.

Ces délires réalisent un syndrome de séparation du monde extérieur en ce qu'ils travestissent chez les paranoïques le sens de la réalité. Cette perte de contact d'une origine très différente de celle de la schizophrénie provoque des modifications profondes dans le comportement du malade dont la capacité vitale, loin d'être inhibée par le délire, s'oppose à ses effets, par divers procédés. C'est qu'il existe dans le fond une coordination étroite entre la mentalité du paranoïaque et l'ambiance au milieu de laquelle elle s'exerce. Elle est issue en

effet de tendances constitutionnelles particulières qui ne correspondent pas à celles des schizoïdes. La constitution paranoïaque est composée d'orgueil, de méfiance, d'émotivité et d'inadaptabilité, inclinant aux erreurs de jugement et à la susceptibilité d'une part, à la suffisance et au désir de domination d'autre part. Faut-il voir là la marque d'un terrain dégénératif? Cependant le paranoïaque apporte à l'existence une application et un esprit de suite inconnus dès qu'intervient le moindre déficit intellectuel. Son activité cérébrale est intense comme en témoigne l'ingéniosité de ses moyens de défense. Il est capable d'acquisition nouvelle et de développement intellectuel. Stimulé par un exocentrisme permanent, son activité psychique se multiplie, autour de lui; elle limite au seul appoint utile les tendances imaginatives. Sa mémoire est précise et sa faculté d'accommodation, bien que régressive, permet une existence, plus ou moins heurtée, avec le milieu social pendant de nombreuses années.

Le développement logique des tendances constitutionnelles produit une amplification de la personnalité qui s'exprime au terme de l'évolution soit par un syndrome de transformation, soit par un état de réaction violente. L'un comme l'autre, rendent compte de l'incorporation intégrale du paranoïaque dans sa psychose. La conviction totale du persécuté-persécuteur, par exemple, n'est pas discutable. Mais les ressemblances toutes extérieures entre le paranoïaque et le schizophrène dissimulent un état d'esprit sans liens communs.

Toutefois, l'un et l'autre ne cultivent-ils pas leur

psychose comme moyen de défense, celui-ci par insuffisance, celui-là par excès d'affectivité ?

Les deux maladies évoluent sur un plan différent. Les états schizophréniques affirment la prévalence du monde fictif sur le monde réel. Ils invitent l'activité psychique à se centrer sur un seul et même objet : l'expansion imaginaire. La progression du mal est concentrique, elle détache l'individu de tous ses liens périphériques. Il n'y a pas de lutte, mais une rupture de combat, une dissociation avec l'ambiance pour faire prévaloir l'indépendance fictive de la personnalité et parvenir à son équilibre psychique.

Pour le paranoïaque, cet équilibre existe au stade initial. Ses exigences constitutionnelles incitent, non à la dissociation, mais à l'intrication vitale de l'individu avec l'ambiance. Elle le stimule à s'affirmer autour de lui. Et lorsque l'activité psychique en butte avec les obstacles extérieurs, ne parvient pas à élargir ses bases, lorsque germent les idées délirantes de persécution et d'influence, lorsque surgissent les hallucinations, la cohésion intérieure du malade ne saurait consentir de dissociation ; elle se rétablit dans la revendication, que le paranoïaque transpose intégralement dans la réalité.

Il ne s'agit pas d'affectivité, mais d'orientations constitutionnelles opposées. Si bien que l'évolution des deux maladies ne peut s'adapter l'une à l'autre, pas plus que ne s'harmonisent leurs origines. Cette opposition transparait à l'examen de la symptomatologie elle-même ; le mutisme d'abstention, la réticence craintive,

la complaisance dissociée du schizophrène contrastent totalement avec le mutisme accusateur, la réticence revendicatrice, la complaisance redoutable du persécuteur.

En conclusion de ces quelques données différentielles, l'entité synthétique conçue par Bleuler complique plutôt qu'elle ne facilite l'étude des grands syndromes qu'elle réunit. Schizophrénie et paranoïa évoluent chacune pour leur compte. Originaires de constitutions différentes elles aboutissent à des états morbides en grande partie inverses.

Les états hallucinatoires ou paranoïdes rentrent aussi, d'après Bleuler, dans le cadre de la schizophrénie. Ils ne semblent pas correspondre à des notions psychopathologiques dont la parenté fondamentale soit suffisante pour les agréger en un concept homogène. Mais il est parfois difficile d'isoler le syndrome schizophrénique proprement dit d'autres processus morbides auxquels il s'associe, comme en témoignent certaines observations rapportées.

Délire d'imagination. — Lorsque le mythomane invente des récits, il développe au même titre que le schizophrène une psychose intéressant « d'une manière élective l'imagination reproductrice et surtout créatrice » (1).

Le contenu du délire d'imagination ne paraît pas s'écarter sensiblement de celui de certaines rêveries. Il

(1) Dupré et Logre : Les délires d'imagination). Congrès des aliénistes et neurologistes. Bruxelles, Liège, 1910.

traduit le trouble primaire d'une imagination active, se livrant à des fabulations extemporanées le plus souvent, cohérentes, auxquelles le malade ajoute sa croyance entière. Ces créations imaginaires s'imposent à l'entourage, elles rejaillissent sur le monde extérieur et s'organisent en véritable délire constitué.

Ce délire, issu de la constitution mythomaniacale pour substratum une tendance à l'altération de la vérité, à la simulation. Elle implique un rapport étroit, nécessaire entre le mythomane et son entourage qu'il est enclin à tromper irrésistiblement.

Cette nécessité du mensonge et de l'extériorisation du mensonge à laquelle s'allie un comportement remarquablement adapté à la vie sépare le mythomane du schizophrène. Celui-ci conserve jalousement son expansion imaginaire en lui-même ; il vit avec elle, pour elle, en elle. Il se complaît à n'en rien dire, ce qui lui permet de satisfaire à sa tendance primaire de détachement de la réalité. Mais, à ne pas chercher à tromper son entourage il ne se trompe pas moins lui-même et de son propre consentement.

Manie. — Certaines crises maniaques se rapprochent singulièrement des périodes d'excitation schizophrénique. Et d'aucuns admettent, en certains cas, l'identité des deux états. Examinés sous le seul aspect physiologique, l'hypothèse est parfois vraisemblable. Elle l'est également à l'apparente incohérence des idées exprimées. Elle est moins soutenable devant l'évolution respective des deux maladies.

L'attitude du maniaque à l'égard de l'affection dont il est atteint contraste avec l'attitude du schizophrène. L'un en parle, l'autre s'en abstient. L'un accepte volontiers de raconter ses idées délirantes, il en rit et il en souffre ; son équilibre mental conserve, dans l'intervalle des crises, un contact parfait avec l'ambiance ; son comportement ordonné, ses facultés d'adaptation et d'assimilation lui offrent la possibilité de s'attaquer à n'importe quel travail.

Cette même indépendance reste inaccessible au schizophrène. Au sortir de la crise, son état d'esprit reste orienté sur le thème autiste qui lui est familier et dont la période aiguë n'était souvent que l'exaltation. Il redoute d'évoquer le souvenir de ses moments de crise comme un homme élude un problème, ou la confidence d'un secret.

Au reste l'accès maniaque est-il lui-même une entité nosologique bien définie ? Ne la reconnaît-on pas comme un syndrome d'excitation commun à bien des états pathologiques mentaux ? Et dans ce cas n'est-il pas permis de diagnostiquer ce syndrome au cours de l'évolution de la schizophrénie ?

Psychoses paranoïdes. — On rencontre dans ce groupe psychopathique des états de désagrégation de la personnalité pouvant évoluer sur deux plans différents : l'un hétérophrénique, l'autre schizophrénique. Il s'agit de cas sévères chez lesquels le diagnostic exact ne paraît pouvoir être posé que tardivement. Aussi faut-il voir surtout un intérêt doctrinal à cette différenciation.

Tandis que la *démence paranoïde hébéphrénique*, véritable hébéphrénie délirante à type hallucinatoire et interprétatif avec sentiment d'influence présente tous les symptômes de l'affaiblissement intellectuel hébéphrénique, la *psychose paranoïde schizophrénique* se manifeste par une activité délirante d'apparence incohérente, mal systématisée, qui dérive cependant de certains complexes affectifs aboutissant à la dissociation profonde du type schizophrénique (Claude).

Ces états que l'on qualifie uniformément de *démence*, relèvent davantage du terme de *délire* dans la forme schizophrénique, la *démence* répondant au type hébéphrénique.

Psychasténie. — Le schizophrène, au début, apparaît un automate ; il est dans l'incapacité de se maintenir adapté à l'ambiance. Son comportement ressemble à celui du psychasténique ayant perdu la notion du réel. Hesnard conçoit une psychasthénie préschizophrénique qu'il distingue de la névrose simple. Les deux états se superposent parfois au point qu'il est permis d'envisager une phase plus ou moins courte de psychasthénie au début de l'évolution schizophrénique.

Cependant, les éléments constitutionnels diffèrent sensiblement. Il existe chez les psychasthéniques une *anxiété* primaire qui n'apparaît pas chez le rêveur, — une *discipline* aux exigences de la vie dont le rêveur ne se soucie guère, un sentiment *d'insuffisance* engendrant une douleur morale que le schizoïde éprouve sans en être beaucoup affecté.

Hesnard conclut : « La symptomatologie du psychasthénique vrai est faite d'hyperémotivité anxieuse, constitutionnellement développée, déterminant, même en dehors de nombreux paroxysmes du mal, un sentiment foncier et habituel d'infériorité. Celle du psychasthénique préschizophrène semblable en surface, est, lorsqu'on l'approfondit, marquée d'une indifférence acquise vis-à-vis de choses réelles et qui entraîne, dans la symptomatologie, une absence de sincérité et un mélange paradoxal de lucidité et de déraison, signe clinique annonciateur de la future discordance mentale que représente ce genre de malade à la période d'état de leur psychose. »

Comment ne pas rapprocher de ces notions différentes ces états dits psychasthéniques pour lesquels l'hyperémotivité anxieuse elle-même est devenue l'élément compensateur de leur infériorité, de telle sorte qu'ils s'évadent en elle, comme le schizoïde dans sa rêverie ? N'est-ce pas une ébauche de cette absence de sincérité, de ce mélange paradoxal de lucidité et de déraison, symptomatique d'un processus schizoïde ?

La constitution psychasthénique ne saurait perdre, toutefois, son autonomie. La constitution schizoïde s'apparente à elle et la prolonge. Mais il ne semble pas encore qu'on ait bien établi entre elles de ligne précise de démarcation. Il en va tout autrement de la délimitation entre les constitutions hystérique et schizoïde.

Hystérie. — Sans doute existe-t-il plusieurs conceptions de cette entité morbide suivant la prépondérance

des éléments névropathiques ou psychopathiques qu'on lui attribue. Elle se signale par une « capacité élective de dissocier, d'isoler certaines activités fonctionnelles, certaines perceptions et certaines représentations et de les fixer de telle sorte qu'elles demeurent oubliées en dehors de la conscience, sans que ce trouble fonctionnel réclame aucune intervention active de la part du sujet. » (Claude). Le schizoïde promène son monde imaginaire comme l'hystérique promène sa contracture, sans que cette attitude modifie sa personnalité.

De fait, les troubles psychiques de l'hystérie présentent parfois une discordance symptomatique d'un état schizophrénique. Les fugues, les représentations mentales, les récits imaginaires, les réactions impulsives, les dissimulations et les réponses à côté, les expressions d'indifférence affective concourent à cette hypothèse, mais il ne s'agit que de troubles temporaires, fonction d'un facteur initial d'émotivité.

Le schizophrène conserve une stabilité dans sa psychose qui fait entièrement défaut chez l'hystérique. Il ne s'adonne pas non plus aux démonstrations bruyantes, ni à la recherche d'attirer sur lui l'intérêt. Lorsqu'il est dans une phase d'excitation on est plutôt tenté de voir en elle un épisode maniaque ou mythomaniac.

CLASSIFICATION

Il existe d'autres syndromes mentaux appelés, suivant les phases de la maladie schizophrénique, à être confondus avec elle. Mais d'ores et déjà, il paraît possible

de préciser la signification de la schizophrénie vraie et de lui attribuer une place dans la filière pathologique.

Maladie constitutionnelle, elle désigne les cas où l'évasion imaginative l'emporte sur l'expansion vitale dans la réalité. Le goût de l'isolement joint à un certain détachement du monde extérieur probablement consécutif à une perturbation primaire de l'affectivité favorise le repliement sur soi-même. Chez le boudeur, cette intériorisation se manifeste par une attitude hostile à l'ambiance qui s'apparente aux attitudes paranoïaques. Chez le rêveur, elle se développe en créations imaginaires sur le type mythomaniac.

Il apparaît donc que la place assignée à la constitution schizoïde et à la maladie schizophrénique est située entre la constitution mythomaniac et le délire d'imagination d'une part, et d'autre part la constitution et les psychoses paranoïaques.

Ce qui distingue d'emblée ces trois entités cliniques entre elles c'est l'orientation concentrique de la psychose schizophrénique. A l'inverse de ses deux voisines elle reploie le sujet sur lui-même et le désolidarise de la réalité d'une manière définitive.

CHAPITRE XII

CONSIDÉRATIONS SUR LE PROBLÈME

PATHOGENIQUE

La discussion actuellement ouverte entre les psychiâtres admettant les conceptions de Bleuler sur la schizophrénie et de Kretschmer sur la constitution schizoïde rendent compte de l'extrême complexité du problème posé.

La tendance actuelle est de ramener la vaste synthèse constitutionnelle proposée par Kretschmer dans des limites plus adéquates aux notions cliniques. Ewald avoue : « La schizoïdie accapare tout. Où sont les caractères désignés jusqu'à présent comme relativement labiles ou hystériques, ou imaginatifs, ou paranoïaques, ou épileptoïdes ? Où les asthéniques ? Où les sthéniques ? Rudin, d'autre part, rejette comme absurde l'élargissement de la notion de schizophrénie en disant : « qu'aucun homme ne pourrait être dit non schizophrène ». Et Bümke n'est pas encore convaincu que les caractères

décrits par Kretschmer et Bleuler représentent d'autres particularités que celles afférentes à toute âme humaine, particularités que nous trouvons plus ou moins marquées partout où nous les cherchons.

Il ajoute que, d'ailleurs, il y a non sens à considérer une filiation ininterrompue d'un tempérament normal aux perturbations dues à une maladie organique.

Il semble donc que la théorie remarquablement exposée par Minkowski dans son ouvrage récent sur la schizophrénie représente un concept aussi nécessaire à émettre qu'à modifier pour pénétrer plus avant dans la pathogénie de certains états schizophréniques.

Les critiques faites à la notion trop vaste de schizoïdie ont conduit Berze à isoler un groupe constitutionnel plus homogène qu'il a baptisé, selon l'appellation de Bumke « schizophrènes déguisés », par opposition aux schizophrènes latents. Ce groupe s'apparente de très près à celui que nous avons essayé de présenter dans ce travail.

« Les éléments schizoïdes de ces schizophrènes, écrit Berze, sont le manque de cœur, l'indifférence, la tyrannie, la misanthropie, l'entêtement la colère, la vivacité. On a l'impression d'une pénurie de sentiments positifs; que seules les aspirations personnelles du « Moi » primaire ou du « Moi » pauvrement élargi sont aptes à prendre un accent positif. Au contraire, tout ce qui est étranger au Moi n'a qu'un accent négatif. Ces schizophrènes n'ont aucun intérêt pour ce qui existe en dehors d'eux-mêmes. Il semble que seuls les efforts spontanés, c'est-à-dire se rattachant au « Moi » peuvent être accom-

pagnées de plaisir, tandis que toutes les réactions « réactives »; c'est-à-dire forçant le « Moi » provoquent quelque chose qui attire le déplaisir. Il en ressort que tout ce qui est personnel se défend avec entêtement et tout ce qui est étranger est rejeté de façon plus ou moins brutale selon l'individu. »

Ces schizophrènes déguisés portent en eux la maladie schizophrénique. Ils ne sont point à confondre avec les prédisposés qui, eux, ne sont pas encore atteints, mais sont vulnérables au processus schizophrénique.

Berze voit dans ceux-là un autre groupe, plus vaste, qui répond à l'appellation de schizothyme, vulnérable sans doute, mais qualifié aussi pour mener une existence active. Ce groupe présente la caractéristique de l'*hyperexcitabilité aperceptive* du système psychocérébral. Le problème de la constitution schizoïde de Eretschmer est repris par Berze sur ces bases nouvelles et plus limitées.

Mais le mouvement de différenciation amorcé à propos de la constitution schizoïde, ne s'étend pas encore sur une échelle aussi vaste en ce qui regarde la schizophrénie qui semble un dogme intangible pour la plupart des auteurs. Au reste, ce dogme existe, en tant que définissant tous les états pathologiques de rupture de contact avec le monde extérieur, mais il n'apparaît d'aucune utilité clinique en tant qu'entité morbide nouvelle car il groupe des psychopathies d'origine et d'évolution opposées.

« Beaucoup de contradictions résultant de la confusion des psychoses schizoïdes et des schizophrénies,

beaucoup d'erreurs sont évitées par la délimitation de ces maladies. Quelquefois, par exemple, nous voyons survenir après une attaque courte, et non très forte, les signes d'une schizophrénie très développée avec perte marquée de la résonnance affective, ou même une démence précoce, avec appauvrissement aperceptif affectif. D'autre part nous voyons des psychoses de longue durée et graves appartenant au type schizophrénique guérir sans laisser de traces.

Les caractères psychopathiques qui se trouvaient déjà là avant la psychose ne peuvent naturellement être considérés comme provenant de celle-ci (1) ».

Cette nécessité de délimitation reconnue par ceux-là même qui envisagent encore la schizophrénie dans son sens excessif, est de bon augure.

Le problème pathogénique ne se pose pas, en réalité, pour la schizophrénie, s'il faut entendre sous la même rubrique toutes les formes pathologiques allant des délires d'imagination aux persécutés-persécuteurs, en passant par les hébéphrono-catatoniques. La nature organique des uns, fonctionnelle ou psychologique des autres, conduit à des théories pathologiques contradictoires. Comment pouvoir envisager les lésions anatomiques chez les paranoïaques en hyperactivité psychique, et comment pouvoir les apparenter, si elles existent, aux lésions destructives du D.P. ? Comment pouvoir qualifier sous une même appellation le déficit intellectuel certain et défi-

(1) Berze : Contribution à l'étude de l'hérédité et de la constitution psychopathique, *Zeitschrift für ges. neurologie*, Berlin 1925.

nitif de l'hébéphrénie typique, et l'autisme le plus riche et le plus raffiné du schizoïde rêveur ? Ici, l'exercice psycho-cérébral est en plein essor, là il a disparu, ou ce qui en reste, témoignage de sa dislocation.

Mais ce n'est pas dans ce seul domaine des facultés intellectuelles qu'apparaît le désaccord. Il existe aussi dans le rôle de l'affectivité. Les partisans de la synthèse schizophrénique et Bleuler en particulier admettent la participation d'« ergies », impulsions élémentaires, instinctives et affectives émanant des centres inférieurs, dans le mécanisme du processus schizophrénique. Mais ils opposent ces ergies aux manifestations intellectuelles. Les premières seraient le résultat d'une activité particulière, pour ainsi dire autonome de l'écorce et n'auraient rien de commun avec les « ergies ». Dans le processus schizophrénique il y aurait dislocation de ces facteurs de l'unité psychique.

Ces considérations très judicieuses sont confirmées dans certains états de D. P. Elles ne s'appliquent pas aux états schizophréniques que nous avons décrits, chez lesquels l'affectivité joue un si grand rôle dans l'orientation de l'activité intellectuelle. Elles ne correspondent pas du tout aux états paranoïaques, les persécuteurs, par exemple, dont l'affectivité raisonnée est si redoutable !

En réalité, les « ergies » sont à l'activité intellectuelle ce que le levain est à la pâte. Comment concevoir une origine commune à l'inertie par carence du D. P., à l'abstention par omission du rêveur, et à la réticence préméditée du persécuté ?

Lorsqu'on essaye d'aborder le problème pathogé-

nique par la recherche de quelques localisations cérébrales, il faut avoir recours aux hypothèses les plus disparates pour concilier tous les cas. Tantôt il s'agit d'atteinte de la région corticale par lésion organique, de raréfaction, de modification morphologique, d'abiotrophie, ou par troubles fonctionnels, ou par processus auto-toxique; tantôt ce sont les régions du mésocéphale, le thalamus, les centres inférieurs, qui sont en jeu. D'autre part les résultats anatomo-pathologiques sont inconstants. Ils sont insuffisants dans la plupart des cas.

Ces constatations autorisent, si du moins elles ne justifient, les essais de précision clinique entrepris par plusieurs auteurs pour éclaircir la question même de schizophrénie.

La conception restrictive que nous avons définie pose le problème pathogénique sur un terrain mieux délimité. Ecartant de son cadre les états de déficit intellectuels proprement dits et les lésions organiques elle oriente les recherches sur les différentes inaptitudes fonctionnelles de l'affectivité, des « ergies » et sur les relations défectueuses de la sphère intellectuelle et affective. D'autre part, en tant que psychose d'intériorisation avec dissociation entre l'activité psychique et pragmatique, elle rejette tous les états caractérisés par un syndrome d'action extérieure, persécution, délire d'influence, etc. Enfin, l'origine constitutionnelle qu'elle reconnaît évite toute équivoque avec des états semblable dûs à des causes fortuites et sujets à évolution imprévisible. Ainsi les cas cliniques régulièrement apparentés entre eux, et groupés ici sous le titre de schizophrénie répondent en bonne

partie aux conditions indispensables aux investigations pathogéniques.

Les deux caractères de la maladie sur lesquels les recherches se concentrent sont :

- a) le détachement de la réalité ;
- b) l'expansion imaginaire.

Ces caractères conditionnent la dissociation des activités psychique et pragmatique. Il y a là matière à examens biologiques, physiologiques et psychologiques qui sortent du cadre de notre étude. Nous essayerons seulement de les introduire par quelques considérations sur la signification psychologique de la schizophrénie telle que nous l'avons envisagée.

CHAPITRE XIII

CONSIDERATIONS SUR LA SIGNIFICATION PSYCHOLOGIQUE DE LA SCHIZOPHRENIE

Les états schizophréniques n'échappent pas plus que les autres maladies de personnalité à la constatation formulée par Th. Ribot à propos des états mélancoliques (1). « Cette situation contradictoire où le sujet se dit à la fois vivant et mort, n'est-elle pas l'expression logique, naturelle, d'un état où l'ancien moi et le nouveau, la vitalité et l'anéantissement, se font équilibre ? »

La maladie en elle-même est un état d'équilibre, une résultante des effets primaires des facteurs pathologiques.

Cette conception représente ainsi la schizophrénie comme le *modus vivendi* nécessaire, pour défectueux et contradictoire qu'il apparaisse, à la stabilité psychique.

(1) Th. Ribot : Les maladies de la personnalité. Alcan, Paris, p. 61.

Il y a réaction, il y a réparation, il y a effort plus ou moins réussi de guérison.

Freud constate le même fait dans un essai d'interprétation psychanalytique de la structure d'un cas de délire hallucinatoire systématisé (1).

Ayant en mains l'autobiographie de son malade, il arrive à la conclusion que le délire, la façade bruyante de psychose n'est pas l'invasion morbide ; elle est une tentative de guérison (Heilungsversuch).

La maladie elle-même précède le délire et ne coïncide que partiellement avec lui. Elle consiste en une perturbation affective profonde, et, en l'occurrence, constitue la régression de la libido vers un stade d'involution, stade narcissique antérieur à ceux qui donnent lieu à une névrose de transfert (phobie, obsessions, etc...) Cette régression est le résultat d'un conflit psychique et d'un refoulement analogues à ceux qui produisent une névrose de transfert. De là, l'autisme particulier du malade, son éloignement de la réalité et de là aussi l'impossibilité d'influencer ces malades par la psychanalyse.

D'une manière générale, les compensations telles qu'elles ont été étudiées par Mignard et Montassut (2), ne réalisent-elles pas, en un syndrome délirant, les signes de réaction vers l'équilibre psychique ? « Nous entendons par délire de compensation un système déli-

(1) S. Freud Bemerkungen über einen autobiographisch Fall von Paranoia (Dementia paranoides) (1911) Gesammelte Schriften Bd III (Nouvelle édition) Deuticke Leipzig et Vienne. Observation résumée par le Dr Löwenstein.

(2) M. Mignard et M. Montassut : Un délire de compensation. Encéphale, Paris, décembre 1924.

rant réactionnel créé par le psychisme pour suppléer à quelque insuffisance (Physique, psychique, sociale ou religieuse) trop vivement ressentie. Les délires de compensation ainsi conçus devraient être placés à côté des délires par évaison imaginative... etc... Un fait à retenir, c'est la collaboration avec des facteurs primitifs, constitutionnels, psychologiques et sociaux, d'autres facteurs accidentels émotionnels et biologiques notamment, pour faire aboutir l'éclosion du délire. »

Existe-t-il un groupe clinique de la schizophrénie dont le syndrome soit essentiellement constitué par les signes de rétablissement et de maintien de la stabilité psychique ?

Peut-on comparer les états schizophréniques décrits dans ce travail à des phases réactionnelles provoquées par une perturbation de l'équilibre psychique ?

La maladie schizophrénique représente-t-elle dans son fondement la réaction compensatrice de cette perturbation ?

Nous croyons pouvoir, à ce sujet, tirer enseignement des faits psychiques de la vie courante chez les individus normaux.

Dans son livre sur *Les mensonges de la vie intérieure*, le psychologue G. Dromard constate la disposition humaine à se duper soi-même et la reconnaît dans les jugements de tendance, les raisonnements de justification, l'esprit d'entêtement. Il conclut son étude par l'énoncé :

« En tout homme qui cherche à se duper, il y a toujours dans le principe un petit coin qui veille et ne

s'illusionne pas. En tout homme qui cherche à se duper, la partie qui veille et ne s'illusionne pas, tend progressivement vers la résorption et s'y achemine par un processus dont l'aboutissement est une suggestion totale, suggestion qui a pour conséquence une forme nouvelle de sincérité...

... L'homme a mué sa croyance première, il a déplacé ses jugements de valeur, il a changé d'axe et d'orientation ses raisons de penser, ses motifs d'agir. Et en résumé, comme il a situé sur de nouvelles bases l'équilibre harmonieux de son moi, concluons qu'il s'est fait une sincérité nouvelle (1) ».

On ne pourrait divulguer plus clairement le mécanisme psychologique de l'évasion imaginaire à l'état d'ébauche chez l'homme normal.

Nous en donnons un exemple, Marie B... (Obs. 5) d'origine obscure, voudrait être reine ; elle s'amuse à se draper, à prendre les grandes manières, elle se suggestionne et le croit d'une manière durable pour son plus grand bonheur, discordance entre sa position et celle qu'elle brigue aboutissant au résultat cherché ; un accord adaptant son désir d'être reine à la réalité.

Elle sait bien pourtant qu'il n'en est rien, mais elle tient à l'illusion qu'elle cultive sur le plan d'une sincérité nouvelle.

L'évasion imaginaire autiste du schizophrène prend directement ses racines dans les processus de la vie

(1) G. Dromard : Les mensonges de la vie intérieure. Alcan, Paris, 1911, p. 131-132.

courante. Sa forme pathologique ne s'accuse que par la durée et l'intensité. Elle est manifestement une réaction d'ordre idéo-affectif, et compensatrice. Elle s'exerce chez l'homme normal, afin de résoudre les mêmes complexes de l'existence. Le psychologue ajoute :

« C'est de la double nature du moi instinctif et du moi raisonnable que dérivent nos conflits les plus habituels et c'est aussi de sa double nature qu'émanent le besoin et le pouvoir de donner à ces mêmes conflits une sanction factice. Pour que la vie intérieure fût sans compromis, il faudrait se figurer un être tout à fait de raison, auquel cas la sincérité intime se trouverait résolue d'une manière fatale, ou bien seulement un être seulement sensible auquel cas la question ne se poserait même pas. Hors ces deux hypothèses privées d'intérêt pratique nous ne pouvons souhaiter à l'esprit humain engagé dans une double vie qu'une sincérité relative. » Ainsi les facteurs primaires de la stabilité psychique, l'un fait d'intelligence et de raison, l'autre d'instinct et d'affectivité, s'opposent incessamment et s'harmonisent en compromis. Ce sont les facultés intellectuelles et les puissances des centres inférieurs ou « ergies » bien différenciés par Bleuler. Mais tandis que le professeur de Zürich leur conserve un certain autonomisme, on les voit ici indispensables l'un à l'autre et l'on constate leur intrication nécessaire à l'origine et à la solution de tous les conflits de la vie psychique. Le moi instinctif, affectif, essentiellement mobile et dynamique constitue le levier d'élaboration et d'accomplissement du moi intellectuel de nature essentiellement statique.

Il représente l'élément d'adaptation permanent de la personnalité. Sa perturbation ou ses insuffisances chez l'homme normal comme chez le malade provoquent un déséquilibre compensé par la fiction.

Cette obligation faite à l'homme normal d'établir son équilibre psychique sur un compromis satisfaisant à la fois son affectivité et sa raison comporte une faculté d'adaptation permanente très variable d'un individu à l'autre. Entraîné par la vie, l'homme ne s'accommode pas toujours avec elle en temps voulu et ne parvient à maintenir sa stabilité qu'à l'aide d'artifices semblables à la duperie intérieure dont il perd facilement le contrôle et la maîtrise. Chez l'enfant cette duperie n'est qu'un jeu, lorsqu'il s'amuse à la poupée « au Monsieur » ou à la « Dame », au cheval, à la locomotive, et qu'on le voit, entièrement pris par son rôle, se livrer aux mimiques les plus originales. Il n'en est plus ainsi à l'âge adulte.

Elle apparaît alors en actes inconsidérés, accomplis sous l'effet de cette sincérité nouvelle qui n'est qu'artificielle : Mariages prétendus d'amour ; décisions irraisonnées sous le manteau du devoir ; prises de voile dites sous l'effet de la vocation.

Il y a là la source inépuisable de conflit nouveaux dont les premières manifestations apparaissent sous forme ambivalente des haines amoureuses, des amours méprisants, de dégoûts systématiques, de mysticismes érotiques.

Pour nous en tenir au domaine religieux, qui paraît faire appel aux fonctions intellectuelles et affectives les

plus élevées de la personnalité humaine, nous citerons trois exemples à l'appui de cette thèse, les deux premiers pris dans la documentation clinique courante, le troisième dans le témoignage des Pères de l'Eglise. Mlle X... d'une éducation toute artistique, et femme du monde, apprend à l'âge de 25 ans que sa famille est ruinée. Peu après, elle se fait religieuse. Mais deux ans à peine s'écoulent qu'elle s'exalte, effectue retraite sur retraite, et pense qu'elle va donner un fils à Jésus-Christ. Transférée en clinique, elle y est traitée, améliorée, et a compris après cet épisode douloureux, l'utilité préférable de rester solidaire avec l'humanité.

Sincérité nouvelle, artificielle, la prise de voile de Mlle X... dissimulait un compromis défectueux de sa vie intérieure, engendrant un état psychopathologique aigu.

Mlle Y... a fait trois ans d'études pour partir dans une mission chrétienne en terre païenne. Elle est sur le point de passer son diplôme quand elle rencontre un homme marié connu pour son inconduite désirant réparer ses fautes passées. Devant l'incompatibilité de satisfaire à la fois à ses études et à ce relèvement moral, Mlle Y... voit son devoir dans l'abandon de sa carrière pour suivre cet homme, sans garantie d'aucune sorte.

Sincérité nouvelle, artificielle, ce devoir moral est issu d'une duperie de la vie intérieure, d'un compromis défectueux entre le Moi instinctif et le Moi raisonnant sous l'effet de besoins affectifs et sexuels insatisfaits.

Lorsqu'on parcourt les écrits des Pères de l'Eglise, on est frappé de la place qu'ils font aux préoccupations érotiques. « La virginité de la pensée, dont la virginité

du corps ne dispense pourtant pas, les pères ne l'ont pas eue, du moins certains d'entre eux dont nous possédons les écrits. Vraiment, on croirait qu'ils accordaient d'autant plus à l'esprit qu'ils refusaient davantage à la chair. Jérôme, en particulier, ne cesse de combattre le commerce de l'homme et de la femme, et il ne cesse non plus d'y penser. Les femmes remplissent ses écrits, son âme et sa vie. Il ne les hante que de l'imagination, mais de l'imagination il les hante toujours... Cet ennemi outré des commerces charnels en inventait volontiers comme s'il avait voulu en savourer au dedans les jouissances impures. Il les apportait jusque dans les déserts, il les étalait, du moins à titre de tentation, jusque dans les plus saintes vies. Il y a dans la vie de Paul de Thèbes un tableau si voluptueux qu'on a pu le dire imité d'Apulée, et Apulée ne l'aurait certainement pas désavoué ; — des femmes toutes nues s'en vont aussi tenter le solitaire Hilarion, non sans que le diable n'eut d'abord chatouillé ses sens. On enferme Athanase lui-même, contrairement à l'histoire, dans une maison où se trouvait une jeune fille d'une beauté merveilleuse et dangereuse.

Des mœurs austères et des propos libres jusqu'à l'obsécénité, des vies irréprochables et des livres à expurger, si on ne veut pas les lire tout seul dans son cabinet. Ils ne se lassent pas de louer la pudicité, mais ils s'en tiennent à celle des actes ; ils n'ont nul souci de celle des pensées, ni de celle des paroles ! »

N'y a-t-il pas là affaire de sincérité nouvelle dissimulant la duperie de soi-même, évasion imaginaire, com-

pensation dont le levier profond est l'élément instinctif sciemment condamné par ces hommes vertueux ?

Comme on le voit, les « ergies » jouent sur les facultés intellectuelles, un rôle primordial qui oriente nettement sur elle les recherches pathogéniques en matière de schizophrénie.

Ces quelques considérations éclairent dans toute sa lumière la signification psychologique de l'autisme et permettent de fonder l'hypothèse que les états schizophréniques représentent, sous divers aspects, une adaptation plus ou moins défectueuse de la personnalité soumise à la perturbation initiale de ses éléments instinctifs et affectifs. Ils sont l'expression de la réaction shizoïde. Comme tels, ils font partie du vaste groupe des psychoses de compensation ; ils répondent à la définition établie par l'Ecole de Sainte Anne :

Syndrôme d'intériorisation avec dissociation entre l'activité pragmatique et l'activité psychique, sans affaiblissement appréciable des facultés intellectuelles et sans évolution démentielle.

(1) J. Pédézert : Le Témoignage des Pères. Fischbacher, Paris, p. 347.

CONCLUSIONS

I. — La notion de schizoïdie et de schizomanie, définie par les éléments de la constitution schizoïde, est caractérisée cliniquement par un syndrome d'intériorisation avec dissociation entre l'activité pragmatique et l'activité psychique, sans affaiblissement appréciable des facultés intellectuelles et sans évolution démentielle.

II. — Ce syndrome, dans sa phase initiale et fruste, qualifie les états schizoïdes ; au stade plus avancé, il répond aux états schizomaniques ; enfin, il se trouve pleinement développé dans les états dits schizophréniques. Il établit son unité clinique dans son origine, sa symptomatologie, son évolution, ses formes morbides, et sa signification psychologique.

III. — Ses étapes successives ne constituent pas les stades d'évolution obligatoire du syndrome qui peut se fixer à l'un d'entre eux ou régresser. On le retrouve aussi associé à divers états psychopathiques.

IV. — Ainsi comprise, la notion de schizoïdie et de schizomanie doit être isolée de la vaste synthèse des états de démence précoce ou schizophrénie émise par le

Professeur Bleuler et actuellement discutée par les auteurs.

V. — Les états schizoïdes, schizomaniques et schizophréniques, sous leurs divers aspects : rêveurs, boudeurs, formes associées, traduisent une réaction d'adaptation défectueuse de la personnalité perturbée dans ses éléments affectifs.

Vu, le Doyen :

ROGER.

Vu, le Président :

Henri CLAUDE.

Vu et permis d'imprimer :

le Recteur de l'Académie de Paris :

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABELY (X.). — *Les symptômes liminaires de la D. P.*, Ann. médico-psychol., Paris, 1926.
- ADLER (A.). — *Zur Kinderpsychologie u. Neurosen Forschung Klin. Wehnschr.*, Wien 1914.
— *Le tempérament nerveux*, Payot, Paris, 1926.
- BERZE (J.). — *Beitrage zur psychiatrischen Erblchkeits und Konstitutions Forschung — Schizoïde — Schizophrenie — Dementia precox — Vorstudie zur Untersuchung der Schizozen. Ztschrift f. d. ges. neurol. u. psych.*, Berlin, 1925.
- BLEULER (E.). — *Dementia precox*, F. Denticke Leipzig et Wien 1911. *Die problème der schizoïdie und der Syntonie*, Zeitschr. für d. gen. Neurol. et Pschyat., Berlin, 1922.
— *Die Psychoïde*, Berlin, Spinger, 1925.
— *La Schizophrenie*, Congrès des médecins aliénistes, Genève, 1926.
- BOREL (A.) et ROBIN (G.). — *Les rêveries morbides*, Ann. médi-copsychol., Paris, mars 1924.
— *Les rêveurs éveillés*, N. R. F., Gallimard, 1925.
- BOREL (A.). — *La Schizophrenie*, Progrès médical, Paris, 1925.
— *Rêveurs et boudeurs morbides*, Journal de psychol., Paris, 1925.
- BUMKE (D.). — *Lehrbuch der Geisteskrankheiten*, J. F. Bergmann, Munich, 1924.
— *Die Auflösung der Dementia proecox*, Klin. Wochschr., 1924.
- CAPGRAS (J.). — *Ecrits et poésies d'un D. P.*, Encéphale, Paris, 1911.

- CAPGRAS (J.) et TERRIEN (F.). — *Puérilisme mental par idée fixe chez un débile*, Encéphale, Paris, 1912.
- CAPGRAS (J.) et CRENON. — *Guérison apparente d'un D. P.*, Revue de Psychiatrie, Paris, 1912.
- CHASLIN (Ph.) et SEGLAS (J.). — *Intermittence et D. P.*, N. iconog. de la Salpêtrière, Paris, 1911.
- CHASLIN (Ph.). — *Éléments de séméiologie et clinique mentales*, Revue de Psychiatrie, Paris, 1912.
- CENAC (M.). — *De certains langages créés par les aliénés*, Jouve, Paris, 1925.
- CLAUDE (H.) et LEVY-VALENSI (J.). — *Considérations sur l'état démentiel dans la D. P.*, Encéphale, Paris, 1910.
- CLAUDE (H.) et BOREL (A.). — *Une curieuse discordante. — Evolution d'un état schizoïde constitutionnel vers le type hébéphrénique*, Ann. médico-psych., Paris, 1923.
- CLAUDE (H.) et BOREL (A.). — *Evolution délirante d'un symbolisme préalablement adapté chez une schizoïde constitutionnelle*. Annal. médico-psychol., Paris, 1923.
- CLAUDE (H.), BOREL (A.) et ROBIN (G.). — *Démence précoce, schizomanie et schizophrénie*, Encéphale, Paris, 1924.
- CLAUDE (H.), BOREL (A.) et ROBIN (G.). — *La constitution schizoïde*, Encéphale, Paris, 1924.
- CLAUDE (H.) et ROBIN (G.). — *L'indifférence et le négativisme schizomaniaques*. Ann. méd. psychol., Paris, 1925.
- CLAUDE (H.), ROBIN (G.) et ROUBINOVITCH. — *La schizomanie simple*, Soc. méd. psychol., Paris, 1925.
- CLAUDE (H.), MINKOWSKI (E.) et TISON. — *Contribution à l'étude des mécanismes schizophréniques*, Encéphale, Paris, 1925.
- CLAUDE (H.) et MONTASSUT (M.). — *La compensation idéo-affective*, Encéphale, 1925.
- CLAUDE (H.). — *Schizomanie et mélancolie*, Progrès médical, Paris, 1925.
- CLAUDE (H.). — *Hystérie et schizoïdie*, Prat. méd. française, Paris, 1924.

- *Démence précoce et schizophrénie*, Congrès des médecins aliénistes, Genève, 1926.
- CODET (H.) et LAFORGUE (R.). — *L'arriération effective dans les états de dissociation psychique, la schizonoïa*, Bull. méd., Paris, 1925.
- COLLIN, TERRIEN et VINCHON. — *Psychose hallucinatoire d'imagination à longue évolution sans réaction notable*, Encéphale, Paris, 1914.
- COURBON (P.). — *Valeur séméiologique de l'indifférence affective dans les maladies mentales*, Paris, 1912, Encéphale.
- DETENHOFF (T.). — *Über die schizoide Konstitution*, Monatsch. f. psychist. u. Neurol, Berlin, 1923.
- DIDE et GUIRAUD. — *Psychiatrie du médecin praticien*, Masson, 1922.
- DUBOIS. — *Le rôle des émotions dans la genèse des psychopathies*, Revue médicale de la Suisse romande, Genève, 1913.
- DUBOIS (R.). — *De l'anorexie mentale comme prodrome de la D. P.*, Ann. méd. psych., Paris, 1913.
- DUPRE et LOGRE. — *Les délires d'imagination*, Encéphale, Paris, 1911.
- DUPRE et MARMIER. — *Délire imaginatif de grandeur*, Encéphale, Paris, 1912.
- DUPRE, TERRIEN et LE SAVOUREUX. — *Délire d'imagination en bouffée*, Revue neurol., Paris, 1913.
- DROMARD (G.). — *Le droit à l'illusion*, Revue Bleue, janvier 1910.
- *Les mensonges de la vie intérieure*, Alcan, Paris, 1911 et 1914.
- DUPOTY. — *L'autisme hypocondriaque et l'indifférence sexuelle chez les schizomanes*, Ann. médico-psychol., Paris, 1926.
- ELMIGER (I.). — *Über schizophrene Heredität et Beobachtung-
gen über schizophrene Heredität*, Psychiat. neurol.
Wehnschr., Halle, 1917 et 1920.

- EWALD (G.). — *Schizophrenie, Schizoïd, Schizothym*, Ztschr. f. d. ges. Neurol., Berlin, 1922.
- *Schizoïd. u. Schizophrenie im Lichte lokalisatorischer Betrachtung* Monatsch f. psychiat. u. neurol., Berlin 1923.
- FINKELSTEIN (D.). — *La constitution schizoïde*, Jouve, Paris, 1925.
- GEITLIN (F.). — *Hat die Schizophrenie eine organische Grundlage im Gehirn?* Finska läk. Sällsk. Handl., Helsingfors, 1923.
- GREENACRE (Ph.). — *The content of the schizophrenia Characteristics occurring in affective disorders.*, An. J. Insanity, Baltimore, 1918.
- GRUBLE (H. W.). — *Bleulers schizophrenia und Kraepelins Dementia prae cox*, Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat., Berlin et Leipzig, 1913.
- *Die ursprüngliche Persönlichkeit schizophrene Erkrankter*, Allg. Ztschr. f. Psychiat., Berlin et Leipzig, 1924.
- GUIRAUD (P.). — *Remarques critiques sur la schizophrenia de Bleuler*, Ann. mad. psychol., Paris, 1926.
- HALBERSTADT (G.). — *La D. P. à évolution circulaire*, Revue de psychiatrie, Paris, 1913.
- *Les « crises » des déments précoces*, Revue de psychiat., Paris, 1914.
- *Rémissions, intermittences et évolution circulaire au cours de la D. P.*, Paris médical, 1926.
- HESNARD (A.). — *Les théories psychologiques et métapsychiatriques de la D. P.*, J. de psychol. norm. et pathol., Paris, 1914.
- *Les syndrômes névropathiques*, Doin, Paris, 1927.
- HESNARD et LAFORGUE (R.). — *Contribution à la psychologie des états dits schizophréniques*, Encéphale, Paris, 1924.
- HEUYER et BOREL. — *Délire de rêverie*, Société de Psychiatrie, 1924.

- HOFFMANN (H.). — *Schizothym-Cyclothym*, SCHR. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Berlin, 1923.
- *Familien psychosen im schizophren*, Erbkreis, Berlin, 1926.
- JANET (P.). — *Névroses et Idées fixes*, Alcan, Paris, 1921.
- JELGERSMA (H. C.). — *Symbolism and Schizophrenia*, Psychiat. and. Neurol. Bl., Amsterdam, 1924.
- KAHN (E.). — *Schizoïd und Schizophrenie im Erbgang*, Springer, Berlin, 1923.
- KUNKEL (F. W.). — *Die Kindheits entwicklung der Schizophrenen*, Monatsch f. Psychiat. u. Neurol, Berlin, 1920.
- KRETSCHMER (E.). — *Körperbau u. Character*, Springer, Berlin, 1911.
- KRETSCHMER (E.). — *Manuel de Psychologie médicale*, Payot, Paris, 1927.
- LAFORGUE (R.). — *Über Skotomisation in der schizophrenie*, Internat. Ztschr. f. Psychoanal., Wien, 1926.
- LANG (J. B.). — *Über associations versuche bei Schizophrenen und die Mitglidern ihrer Familie*, Jahr f. psychanal. u. psychopat, Forschungen, Leipzig, 1913.
- LAURENT (R.). — *Le caractère schizoïde*. Revue méd. de l'Est, Nancy, 1925.
- LEROY (R.). — *A propos du divorce. Rémission très complète survenue chez un D. P. (3) au bout de six années*, Ann. méd. psych., Paris, 1912.
- LEROY (R.) et GENIL-PERRIN (G.). — *Ironie et imitation chez un catatonique*, Ann. médico-psych., Paris, 1913.
- LEVY-VALENSI (J.). — *Symptômes schizoïdes et schizophrènes; Essai de schématisation*, Paris médical, 1925.
- LEWIS (F. C.). — *Control of attention*, School Hyg., London, 1911.
- MAEDER (A.). — *Psychologische Untersuchungen an D. P. Kranken*. Jahrb. f. psych. anal. u. psychopath. Forschungen, Leipzig et Wien, 1910.

- MABILLE. — *D. P. fruste avec phénomènes de dyspraxie*. Rev. neur., Paris, 1912.
- MASSELON (R.). — *Psychoses constitutionnelles et psychoses associées*, Encéphale, Paris, 1913.
- *Les voies d'invasion de la D. P.*, Encéphale, Paris, 1914.
- MINKOWSKA (Mme F.). — *Le facteur héréditaire dans la schizophrénie*, Ann. méd. psychol., Paris, 1926.
- MINSKOWSKA (Mme E.) et MINSKOWSKI (E.). — *Famille B. et Famille F. Contribution à l'étude de l'hérédité des maladies mentales*, Ann. médico psychol., Paris, 1920.
- MINKOWSKI (E.). — *La schizophrénie et la notion de maladie mentale*, Encéphale, Paris, 1922.
- *La genèse de la notion de schizophrénie et ses caractères essentiels*, Evolution psychiatrique T. I., Payot, Paris, 1925.
- *D. P. schizophrénie, schizoïdie*, Ann. méd. psychol., Paris, 1926.
- *La schizophrénie*, Payot, Paris, 1927.
- MIGNARD (M.) et MONTASSUT (M.). — *Un délire de compensation*, Encéphale, Paris, 1924.
- MONTESANO (G.). — *Schizophrénie et pseudo-schizophrénie*, Cervello, Napoli, 1923.
- PASCAL (Mlle). — *La D. P., étude psychologique médicale et médico-légale*, Alcan, Paris, 1911.
- PUILLET (C. P.). — *De l'état intellectuel dans les démences. P. G. démence sénile. D. P.*, Legendre et Cie, Lyon, 1912.
- REVAULT D'ALLONNES (G.). — *L'attention indirecte*, Rev. phil., Paris, 1913.
- RIBAKOV (F. Y.). — *Schizophrénie (D. P.). Kakatonie and pseudo-kakatonie, symptômes*, Psikho. nevrol. Vestnik, Moskou, 1917.
- RIBOT (T.). — *La pensée symbolique*, Rev. phil., Paris, 1915.
- RIGNANO (E.). — *Le rôle des tendances affectives dans l'attention et dans la conscience*, Rev. phil., Paris, 1917-18.
- *Pathologie du raisonnement. Fous cohérents et illogiques par monoaffectivisme*, Scientia, Bologna, 1919.

- ROQUES DE FURSAC et MINKOWSKI (E.). — *Contribution à l'étude de la pensée et de l'attitude autiste. Le rationalisme morbide*, Encéphale, 1923.
- ROUBINOVITCH (P.). — *Contribution à l'étude de la schizomanie*, Thèse, Paris, 1926.
- SCHNEIDER (C.). — *Beitrage zur Lehre von der Schizophrenie. Über einige klinische Problemen der Schizophrenie bes. über die Bedeutung des Temperaments*, Monatsch. f. Psychiat. u. Neurol., Berlin, 1924.
- SCHNYDER. — *Un cas de psychasthénie avec altérations graves de l'affectivité*, Archives suisses de Neurol. et Psychiat., 1920.
- SINGER (H. D.). — *Is D. P. properly described as an infantile mode of reaction?* J. Abnorm. Psychol., Boston 1916-17.
- SOLLIER (P.). — *Les états de régression de la personnalité*, Presse médicale belge, Bruxelles, 1913.
- DE SOMER (E.). — *L'activité humaine dans ses rapports avec le fonction du réel*, Bull. Soc. de méd. mentale de Belgique, Bruxelles, 1911.
- SOUKHANOFF (S.). — *Sur l'hébéphrénie intermittente*, Louvain, 1913.
- STRANSKY. — *Über schizophrenie (D. P.)*, Med. Klin, Berlin, 1913.
- *Schizophrenie und intrapsychische Ataxie. Neue und Alte Beiträge*, Jahrb. f. Psychiatrie u. Neurol., Leipzig u. Wien, 1914.
- STROHMAYER (W.). — *Zur Genealogie der Schizophrenie und der schizoïde*, Ztsch. j. d. Neurol. und Psychiat., Berlin, 1925.
- TERRIN (P.). — *Les compensations idéo-affectives*, Jouve, Paris, 1926.
- TOULOUSE et MIGNARD (M.). — *Comment caractériser et définir la démence*, Ann. méd. psychol., Paris, 1914.
- TREIBER. — *Früh symptome der D. P.* Psych. neurol. Wehuschr, Halle, 1913-14.

- TRENEL. — *La D. P. ou schizophrénie d'après la conception de Bleuler*, Rev. neurol., Paris, 1912.
- TREPSAT. — *Dessins et écrits d'un D. P.*, Encéphale, Paris, 1913.
- TRIPPIER (R.). — *Instinct et intelligence comme fonction synthétique de l'organisme humain pour sa conservation*, Schleicher, Paris, 1911.
- VINCHON et MONESTIER. — *Nouvel exemple d'évaluation du Temps par ou schizophrène*, J. de psychol. comp. et pathol., Paris, 1922.
- WISSEL (A.). — *Les formes frustes de la schizophrénie*, Ann. médico psychol., Paris, 1926.
- WILDERMUTH. — *Schizophrenie Zeichen beim gesunden Kind*. Zhsch. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat., Berlin, 1923.
- WOLFER (L.). — *Die Tuberculogenese der D. P.* Zhsch. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat., Berlin, 1919.
-

TABLE DES MATIERES

Généralités	9
I ^{re} partie. — Le syndrome schizophrénique.....	11
Chap. I. — Historique.....	13
Chap. II. — Origine constitutionnelle.....	20
Chap. III. — Les causes prédisposantes.....	25
Chap. IV. — Séméiologie	31
I. Dysharmonie effective	34
II. Perturbation apparente de l'idéation....	36
III. Réduction de l'activité pragmatique et désadaptation à l'ambiance	42
IV. L'autisme :	
a) Expansion de l'activité psychique dans un monde imaginaire	44
b) Dédoubllement fictif de la person- nalité.	48
V. Signes somatiques	50
Chap. V. — Evolution.	53
II ^e partie. — Etats Schizophréniques	57
Chap. VI. — Les formes cliniques	58

Chap. VII. — Schizophrènes rêveurs	66
1 ^{er} groupe : Rêveurs inadaptés	67
(Observ. 1 à 5)	
2 ^e groupe : Rêveurs dissociés	93
(Observ. 6 à 9)	
3 ^e groupe : Rêveurs dissociés automutilateurs	120
(Observ. 10 et 11)	
4 ^e groupe : Rêveurs discordants	138
(Observ. 12 à 14)	
Chap. VIII. — Schizophrènes boudeurs	164
5 ^e groupe : Boudeurs, attitude agressive....	165
(Observ. 15 à 19)	
6 ^e groupe : Boudeurs, attitude négativiste..	188
(Observ. 20 à 24)	
Chap. IX. — Formes associées	213
(Observ. 25 à 27)	
III ^e partie. — Introduction au problème diagnos- tique et pathogénique	235
Chap. X. — Le diagnostic	237
Chap. XI. — Les faux états schizophréniques	246
Chap. XII. — Considérations sur le problème pathogénique	262
Chap. XIII. — Considérations sur la signifi- cation psychologique de la schizophrénie	269
Conclusions.	279
Bibliographie.	281

